



Einführung

- Struktur und Steuerung im (deutschen) Gesundheitswesen
 - ↳ Gesundheitspolitische Ziele (Auswahl)
 - Wirtschaftlichkeit aus *gesamtwirtschaftlicher* Perspektive
 - der Erbringung von Gesundheitsleistungen
 - der Nachfrage nach Gesundheitsleistungen
 - der Deckung des Bedarfs an Gesundheitsleistungen
 - Sicherung des Zugangs zu Gesundheitsleistungen für die Bevölkerung
 - nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens
 - zu finanziell tragbaren Bedingungen
 - (auch) in der Fläche
 - ↳ Wesentliche Instrumente zur Steuerung (Auswahl):
 - Leistungserbringung: Organisation und Vergütung
 - Gestaltung von Krankenversicherungsverträgen



Einführung

↪ Relevanz:

- Häufige Klagen über erhebliche Steuerungsmängel
 - Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen
 - Gesundheitsversorgung in dünn besiedelten Regionen
- Dauerbaustelle „Gesundheitsreform“

↪ Vorgehen:

- Beschreibung der Tauschprozesse auf Teilmärkten des Gesundheitswesens
- Beurteilung anhand von Kriterien

↪ Ansatzpunkte bei der Beschreibung der Struktur:

- (i) Angebot und Nachfrage in ausgewählten Teilbereichen:
 - Krankenversicherung
 - Vertragsärztliche Versorgung, akutstationäre Versorgung, Arzneimittelmarkt
- (ii) Verzahnung der Teilbereiche: Besondere Versorgungsformen



Einführung

- Alternativen der Steuerung:
 - ↳ Direkte Steuerung über die
 - Festlegung der Angebotskapazitäten
 - Erstellung von Wirtschaftlichkeitsanalysen
 - ↳ Indirekte Steuerung:
 - Wichtig: Regeln, die über die Mittelverteilung im Gesundheitswesen bestimmen
 - Diese Regeln
 - legen die finanziellen Anreize für Anbieter und Nachfrager fest
 - beeinflussen deshalb die Wirtschaftlichkeit des Ressourceneinsatzes
 - » aus der Sicht einzelner Akteure
 - » im Gesundheitswesen insgesamt
 - Zur Beurteilung: Wie erfolgt
 - die Vergütung der Leistungserbringer?
 - die Finanzierung von Leistungen?



Einführung

➤ Vorgehensweise:

↪ Ziele: Beurteilung der Wirtschaftlichkeit

- der Erstellung von Gesundheitsleistungen (*Anbieterseite*)
- der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (*Nachfragerseite*)

↪ Bezug: Indirekte Steuerung, *nicht* einzelne Maßnahmen bzw. Programme

↪ Relevante Fragen:

- Wirtschaftlichkeit der Leistungserstellung
 - (i) innerhalb einer Einheit (z.B. Arztpraxis, Krankenhaus),
 - (ii) innerhalb eines Teilbereichs (z.B. ambulanter Sektor),
 - (iii) innerhalb des Gesundheitswesens
- Wirtschaftlichkeit der Inanspruchnahme:
 - Bestehen finanzielle Anreize, z.B. „zu viele“ Leistungen nachzufragen?
 - Welche Rolle spielen Bedingungen und Umfang der Krankenversicherung?



Einführung

↪ Wirtschaftlichkeitsprinzip:

- Beurteilung der Erstellung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
- Alternative Formulierungen: Minimal- und Maximalversion
- Im Gesundheitswesen typische (aber nicht zwingende) Konstellation:
 - Zusätzliche Erträge in Form besserer gesundheitlicher Ergebnisse
 - Zusätzliche Kosten für die Erbringung von Leistungen
- Unterschiedliche Bezüge jeweils von Erträgen und Kosten möglich (s.u.)

↪ Rationalität:

- Ein *rationales* (bzw. *effizientes*) Handeln genügt dem Wirtschaftlichkeitsprinzip
- Mögliche Perspektiven (Auswahl):
 - Einzelne Wirtschaftseinheit
 - Einzelner Teilbereich des Gesundheitswesens
 - Gesundheitswesen insgesamt



Einführung

↪ Folgerung:

- Es gibt verschiedene Arten der Rationalität (bzw. Effizienz)
- Diese hängen von der eingenommenen Perspektive ab

↪ *Einzelwirtschaftliche* Rationalität (bzw. Effizienz):

- Wirtschaftlichkeit aus der Perspektive
 - eines einzelnen Leistungserbringers:
 - » Niedergelassener Arzt
 - » Krankenhaus
 - eines einzelnen Nachfragers (Versicherte bzw. Patienten)
- Prämisse: Diese Art der Rationalität sei stets erfüllt

↪ *Gesamtwirtschaftliche* Rationalität (bzw. Effizienz):

- Wirtschaftlichkeit aus der Perspektive der gesamten Volkswirtschaft
- Diese ist – unter der o.a. Prämisse – zu überprüfen



Einführung

➤ Zentrale Fragen:

- ↳ Bewirken die vorhandenen Anreize auch ein gesamtwirtschaftlich rationales Handeln?
- ↳ Gibt es Situationen, in denen
 - einzelwirtschaftlich rationales Handeln gesamtwirtschaftlich ineffizient ist?
 - somit eine *Rationalitätenfalle* vorliegt?
- ↳ Weshalb könnte die gesamtwirtschaftliche Rationalität verfehlt werden?
 - Finanzielle Anreize eines nahezu vollständigen Krankenversicherungsschutzes:
 - Zu wenig Vorsorge?
 - Zu hohe Nachfrage nach Gesundheitsleistungen im Krankheitsfall?
 - Struktur der Angebotsseite und finanzielle Anreize:
 - Mangelnde Kommunikation und/oder Koordination?
 - Kosteneffizienz der Leistungserstellung?
 - Wie können ungünstige Auswirkungen vermieden bzw. verringert werden?



Einführung

- ↪ Versorgung insgesamt: Rolle
 - von Über- und Unterversorgung?
 - von Fehlversorgung?
- ↪ Asymmetrische Information: Zwischen
 - (i) Versicherer und Versicherten,
 - (ii) Versicherer und Leistungserbringer,
 - (iii) Leistungserbringer und Patient
- Unter-, Über- und Fehlversorgung (Sachverständigenrat, Gutachten 2000/01):
 - ↪ Feststellung eines Bedarfs an Gesundheitsleistungen:
 - Vorliegen eines behandlungsbedürftigen Zustands
 - Verfügbarkeit einer Behandlung, die einen ausreichenden Nutzen stiftet
 - ↪ Referenzfall „bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung“: Gesundheitsleistungen
 - sind medizinisch indiziert und werden fachgerecht erbracht
 - weisen ein akzeptables Nutzen-Kosten-Verhältnis auf



Einführung

↪ Unterversorgung:

- Bedarf vorhanden
- Leistungen mit gesichertem Nutzen und akzeptablem Nutzen-Kosten-Verhältnis werden entweder verweigert oder sind nicht in zumutbarer Entfernung erreichbar

↪ Überversorgung:

- *Medizinische* Überversorgung: Leistungen, die über den Bedarf hinausgehen und keinen ausreichenden (Zusatz-)Nutzen stiften
- *Ökonomische* Überversorgung: Leistungen, die denselben Nutzen stiften wie alternative Leistungen, jedoch höhere Kosten verursachen

↪ Fehlversorgung:

- Leistungen, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht oder deren Schadenspotenzial den erreichbaren Nutzen deutlich übersteigt
- Beispiel: Leistungen, die bedarfsgerecht sind, aber Qualitätsmängel aufweisen
- Überschneidungen mit Unterversorgung und medizinischer Überversorgung



Literatur

Bäcker, G., Naegele, G., Bispinck, R., Sozialpolitik und soziale Lage in Deutschland. Ein Handbuch, 6. Aufl., Springer VS, Wiesbaden 2020, Kap. VIII: Gesundheit und Gesundheitssystem

Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M., Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u.a.O. 2013, Kap. 1

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung (Gutachten 2000/2001), Tz. 17-51 (Bundestagsdrucksache 14/6871)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Koordination und Qualität im Gesundheitswesen, Gutachten 2005, Stuttgart 2006, Kap. 1 und 2



Gesundheitsrisiko und finanzielles Krankheitsrisiko

➤ Grundlegende Aspekte:

↳ Ohne Krankenversicherung: Unsicherheit bezüglich

- des künftigen Gesundheitszustands
- des künftigen Bedarfs an Gesundheitsleistungen
- (ggf.) des künftigen Erwerbseinkommens

↳ Unsicherheit bezüglich des künftigen Gesundheitszustands

- Allgemein: Künftiger Zustand kann nicht mit Sicherheit angegeben werden
- Spezialfall *Risiko*: Wahrscheinlichkeiten der künftigen Zustände sind bekannt

↳ Annahme: Es herrsche Unsicherheit im Sinne von Risiko

↳ Somit besteht ein Risiko in doppelter Hinsicht:

- (i) Risiko bezüglich des Gesundheitszustands (*Gesundheitsrisiko im engeren Sinn*)
- (ii) Risiko bezüglich der finanziellen Konsequenzen (*finanzielles Krankheitsrisiko*)



Gesundheitsrisiko und finanzielles Krankheitsrisiko

↪ Zu den beiden Risiken:

- Gesundheitsrisiko im engeren Sinn:
 - Nicht übertragbar
 - Grund: Gesundheit ist – jedenfalls insgesamt – nicht handelbar
- Finanzielles Krankheitsrisiko: Übertragung
 - auf eine Krankenversicherung grundsätzlich möglich
 - kann ganz (*Vollversicherung*) oder teilweise (*Selbstbeteiligung*) erfolgen

↪ Zu klären im Hinblick auf eine Krankenversicherung:

- Ausgestaltung von Krankenversicherungsverträgen
- Vorteilhaftigkeit eines Vertrags im Vergleich
 - zur Nichtversicherung
 - zu anderen Versicherungsverträgen
- Einfluss einzelner Faktoren (Prämie, Vorsorge, Informationsstruktur)?

Nachfrage nach Krankenversicherung I

➤ Grundmodell:

↳ Allgemeine Beschreibung des finanziellen Krankheitsrisikos:

- Basiseinkommen Y_0
- Aufwendungen L_i ($i = 1, \dots, n$) für Gesundheitsleistungen in Gesundheitszustand i
- Im Zustand i :
 - L_i als Kosten der medizinisch adäquaten Behandlung
 - Verfügbares Einkommen *für sonstigen Konsum*: $Y_i = Y_0 - L_i \leq Y_0$
- Für die Eintrittswahrscheinlichkeiten π_i gilt: $\pi_i \geq 0$ und $\sum \pi_i = 1$

↳ Weitere Voraussetzungen:

- Sowohl die π_i als auch die L_i sind fest (kein Einfluss des Individuums)
- Spezialfall:
 - Es gelten $n = 2$ und $L_1 = 0$. Dann: $L_2 = L > 0$, $\pi_2 = \pi$, $\pi_1 = 1 - \pi$
 - Und weiter: $Y_1 = Y_0$, $Y_2 = Y_0 - L = Y_1 - L$



Nachfrage nach Krankenversicherung I

- Zustand 1 (bzw. 2) als günstiger (bzw. ungünstiger) Zustand
- Bewertung von *Zuständen*
 - anhand des zugehörigen verfügbaren Einkommens für sonstigen Konsum
 - unabhängig vom Gesundheitszustand

↪ Die Bewertung riskanter Alternativen (Abb. 1):

- Betrachtet werden *Prospekte* $[(Y_1, 1 - \pi), (Y_2, \pi)]$
- Die Funktion U bewertet sichere verfügbare Einkommen Y , wobei gilt:
 - Nutzen U ist steigend in Y (*positiver* Grenznutzen)
 - Zuwachs ΔU aufgrund eines festen $\Delta Y > 0$ fällt umso geringer aus, je höher Y (*abnehmender* Grenznutzen)
- Folgerungen:
 - $U(Y_1) > U(Y_2)$
 - $U(Y_3) - U(Y_1) < U(Y_1) - U(Y_2)$ für $Y_3 = Y_0 + L$



Nachfrage nach Krankenversicherung I

↪ Ferner gelte für die Präferenzen die *Erwartungsnutzen-Hypothese*:

- Die Bewertung von Prospekten erfolgt anhand
 - des erwarteten Nutzens des *verfügbaren* Einkommens (für sonstigen Konsum)
 - des damit verbundenen Erwartungsnutzens
- Es handelt sich um eine Hypothese:
 - Keine Implikation der „üblichen“ Annahmen an die Präferenzen bei Sicherheit
 - Die zusätzlich benötigte Annahme ist empirisch umstritten
- Graphische Ermittlung für $n = 2$ (Abb. 1):
 - Ausgangspunkt: Strecke zwischen den Punkten $[Y_1, U(Y_1)]$ und $[Y_2, U(Y_2)]$
 - Jeder Punkt $\{E(Y), E[U(Y)]\}$ liegt auf dieser Strecke, wobei
 - » $E(Y)$ das erwartete Einkommen des Prospekts bezeichnet
 - » $E[U(Y)]$ den damit verbundenen Erwartungsnutzen angibt
 - Der Prospekt wird durch $E[U(Y)]$ bewertet



Nachfrage nach Krankenversicherung I

- Mögliche Präferenzen bei Gültigkeit der Erwartungsnutzen-Hypothese:
 - Streng konkaver Verlauf der Nutzenfunktion $U(Y)$ (Abb. 2a):
 - » Abnehmender Grenznutzen des verfügbaren Einkommens
 - » Dann gilt für Prospekte: $U[E(Y)] > E[U(Y)]$
 - » Eigenschaft der *Risiko-Aversion*
 - Streng konvexer Verlauf der Nutzenfunktion $U(Y)$ (Abb. 2b):
 - » Zunehmender Grenznutzen des verfügbaren Einkommens
 - » Dann gilt für Prospekte: $U[E(Y)] < E[U(Y)]$
 - » Eigenschaft der *Risiko-Vorliebe*
 - Linearer Verlauf der Nutzenfunktion $U(Y)$ (Abb. 2c):
 - » Konstanter Grenznutzen des verfügbaren Einkommens
 - » Dann gilt stets: $U[E(Y)] = E[U(Y)]$
 - » Eigenschaft der *Risiko-Neutralität*

Nachfrage nach Krankenversicherung I

↪ Risiko-Aversion (Abb. 3a):

- *Unter sonst gleichen Umständen* zieht ein Individuum
 - die sichere jeder (echt) riskanten Alternative vor (allgemein)
 - ein sicheres stets einem riskanten verfügbaren Einkommen vor (hier)
- Äquivalent dazu: Strenge Konkavität der Nutzenfunktion

↪ „Risiko-Neutralität“:

- Grenzfall, bei dem eine Risiko-Aversion gerade nicht mehr vorliegt
- Beurteilung von Prospekten nur anhand des erwarteten verfügbaren Einkommens

↪ Sicherheits-Äquivalent einer riskanten Alternative (Abb. 3b)

- Nützliches Konzept,
 - das die Risikoneigung eines Individuums näher beschreibt
 - um die Vorteilhaftigkeit von Versicherungsverträgen darzustellen
 - um die Nachfrage nach Krankenversicherung zu beschreiben



Nachfrage nach Krankenversicherung I

- Voraussetzungen:
 - Allgemein: Risiko bezüglich einer nutzenrelevanten Einkommensgröße Y
 - Hier: Bezug auf den oben angegebenen Spezialfall
 - » Zwei Zustände (1 und 2)
 - » $1 - \pi$ bezeichnet die Wahrscheinlichkeit des günstigen Zustands 1
 - » Die riskante Alternative stellt einen Prospekt $P[(1 - \pi, Y_1), (\pi, Y_2)]$ dar
- Das Sicherheits-Äquivalent eines Prospekts P gibt dasjenige sichere verfügbare Einkommen $S(P, U)$ an, das aus der Sicht des Individuums gleichwertig ist
- Eigenschaften:
 - S hängt bei gegebenen Präferenzen vom Prospekt ab
 - Extremfälle $S = Y_1$ bzw. $S = Y_2$ für $1 - \pi = 1$ bzw. $\pi = 1$
 - Für risiko-averse Individuen und $0 < \pi < 1$ gilt stets: $S(P, U) < E(Y)$
 - Einfluss der Präferenzen: Je *stärker* die Risiko-Aversion, desto *niedriger* S



Nachfrage nach Krankenversicherung I

➤ Analyse:

↳ Zentrale Fragen:

- Wann ist der Abschluss einer Krankenversicherung vorteilhaft?
- In welchem Umfang wird Krankenversicherung dann nachgefragt?

↳ Zunächst: Wahl zwischen Vollversicherung und keiner Versicherung, mit den Fällen

- (i) Die Prämie ist versicherungsmathematisch fair
- (ii) Die Prämie enthält einen Aufschlag

↳ *Versicherungsmathematisch faire* Prämie:

- Die Prämie entspricht gerade der erwarteten Leistung des Versicherers
- Beispiel Vollversicherung: Für diese Prämie gilt $P = \pi \cdot L$

↳ Auswirkungen der Vollversicherung unter dieser Prämisse:

- Das Individuum trägt kein Einkommensrisiko mehr
- Das erwartete Einkommen bleibt gegenüber der Ausgangslage unverändert



Nachfrage nach Krankenversicherung I

↪ Ergebnis (Abb. 4):

- Ein risiko-averses Individuum wählt stets die Vollversicherung
- Begründung anhand der Effekte:
 - Vorteil (aufgrund der Risiko-Übertragung)
 - Kein Nachteil, da das erwartete verfügbare Einkommen unverändert bleibt

↪ Zur Funktionsweise einer Versicherung:

- Der Versicherer kann
 - das individuelle Risiko nicht beseitigen
 - derartige Risiken „poolen“ und dadurch sein Risiko pro Versicherten verringern
- Wie funktioniert das?
 - Übernahme vieler gleichartiger Risiken durch einen Versicherer
 - „Gesetz der großen Zahl“: Wahrscheinlichkeit, dass der Aufwand pro Versicherten der erwarteten Leistung beliebig nahe kommt, geht gegen Eins



Nachfrage nach Krankenversicherung I

- N sei die Anzahl der Versicherten und S die Anzahl der „Schadensfälle“
- Dann liegen die mittleren Ausgaben $(S/N) \cdot L$ bei großem N mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit sehr nahe bei $\pi \cdot L$
- Allgemeiner:
 - Das Risiko kann sich nach Übertragung verändern, dies betrifft
 - » die Wahrscheinlichkeit eines Schadensfalls (*moral hazard 1. Art*) oder
 - » die Höhe des Schadens (*moral hazard 2. Art*)
 - Hier wurde dies zunächst ausgeschlossen (Annahme: π und L konstant)
- Erweiterung: Für die Prämie für Vollversicherung gilt nun: $P = (1 + \alpha) \cdot \pi \cdot L$, mit $\alpha \geq 0$
 - ↪ Der *Prämienaufschlagsfaktor* α hängt ab von
 - (i) den Verwaltungsaufwendungen des Versicherers pro Versicherten
 - (ii) der Intensität des Wettbewerbs um die Versicherten
 - ↪ Im Spezialfall $\alpha = 0$ ist die Prämie versicherungsmathematisch fair



Nachfrage nach Krankenversicherung I

- ↪ Vollversicherung mit $\alpha > 0$ im Vergleich zur Ausgangslage ohne Versicherung:
- Effekte:
 - Kein Risiko mehr bezüglich des verfügbaren Einkommens (Vorteil)
 - Verringerung des erwarteten verfügbaren Einkommens um $\alpha \cdot \pi \cdot L$ (Nachteil)
 - Wann ist dann die Vollversicherung vorteilhaft (Abb. 5)?
 - Der oben angegebene Nachteil – und damit α – darf nicht zu groß ausfallen
 - Dies trifft zu, wenn
 - » die Bedingung $Y_S \leq Y_1 - P = Y_1 - \alpha \cdot \pi \cdot L$ erfüllt ist
 - » die Prämie nicht zu hoch ausfällt
 - Die Vorteilhaftigkeit der Vollversicherung hängt somit
 - *negativ* ab von der Höhe des Aufschlagfaktors α : Eine Erhöhung verringert das verfügbare Einkommen bei Vollversicherung
 - *positiv* ab vom Ausmaß der Risiko-Aversion: Je größer die Risiko-Aversion, desto geringer das Sicherheits-Äquivalent

Nachfrage nach Krankenversicherung I

➤ Erweiterung des Modellrahmens:

↪ Voraussetzungen:

- Nun wird ein variabler Versicherungsumfang zugelassen:
 - Das Individuum wählt eine Deckung I des Schadens L (mit $0 \leq I \leq L$)
 - Bisher wurden somit die Spezialfälle $I = 0$ und $I = L$ untersucht
- Alle übrigen Annahmen bleiben unverändert, insbesondere:
 - Risiko-Aversion des Individuums
 - Für den Prämienaufschlagsfaktor α gilt: $\alpha \geq 0$
- Prämienfunktion: Deckung I wird zu einer Prämie $P(I) = (1 + \alpha) \cdot \pi \cdot I$ angeboten

↪ Relevante Einkommen in Abhängigkeit von der Deckung I :

- Verfügbare Einkommen in den beiden Zuständen:
 - Zustand 1: $Y_1 - P(I) = Y_1 - (1 + \alpha) \cdot \pi \cdot I$
 - Zustand 2: $Y_1 - P(I) - (L - I) = Y_1 - (1 + \alpha) \cdot \pi \cdot I - (L - I) = Y_1 - L + [1 - (1 + \alpha) \cdot \pi] \cdot I$

Nachfrage nach Krankenversicherung I

↪ Das erwartete verfügbare Einkommen

- beträgt $Y_1 - P(I) - \pi \cdot (L - I) = Y_1 - \pi \cdot L - \alpha \cdot \pi \cdot I$
- wird verringert durch
 - den erwarteten Schaden in Höhe von $\pi \cdot L$
 - die erwarteten Kosten aufgrund der Deckung in Höhe von $\alpha \cdot \pi \cdot I$

↪ Graphische Veranschaulichung (Abb. 6):

- Annahme: Es gelte $(1 + \alpha) \cdot \pi < 1$
- Begründung: Nur dann
 - kommt es in Zustand 2 zu einer Erhöhung des verfügbaren Einkommens
 - *kann* der Abschluss einer Versicherung überhaupt vorteilhaft sein

↪ Effekte einer (zulässigen) Erhöhung der Deckung I für $\alpha > 0$:

- Für $0 \leq I < L$ kleineres Risiko bezüglich des verfügbaren Einkommens (Vorteil)
- Verringerung des erwarteten verfügbaren Einkommens (Nachteil)



Nachfrage nach Krankenversicherung I

↪ Im Spezialfall $\alpha = 0$ gilt:

- Eine Erhöhung der Deckung I innerhalb des zulässigen Bereichs
 - weist stets den o.a. Vorteil auf
 - bleibt stets ohne den o.a. Nachteil
- Folgerung: Es ist dann optimal, eine Vollversicherung ($I^* = L$) zu wählen

↪ Wie sieht die optimale Entscheidung für $\alpha > 0$ aus?

- Gedankenexperiment: Einfluss der Deckung auf das Einkommensrisiko *ohne* $I \leq L$
- Für kleine Erhöhungen von I in einer Umgebung von L gilt:
 - Solange $I < L$ erfüllt ist, wird das Einkommensrisiko geringer
 - Falls $I \geq L$ gilt, steigt das Einkommensrisiko
 - Grund: Eine Erhöhung der Deckung über L hinaus bewirkt, dass das
 - » verfügbare Einkommen in Zustand 2 nun größer als in Zustand 1 ist
 - » Individuum nun überversichert ist

Nachfrage nach Krankenversicherung I

- Dies bedeutet: Eine *marginale* Erhöhung der Deckung bewirkt
 - für $I < L$ eine Verringerung des Einkommensrisikos
 - an der Stelle $I = L$ keine Veränderung des Einkommensrisikos
 - für $I > L$ eine Erhöhung des Einkommensrisikos

↪ Folgerungen:

- Ausgehend von $I = L$ bewirkt eine *marginale* Verringerung der Deckung
 - keinen Nachteil hinsichtlich des Einkommensrisikos
 - einen Vorteil in Form eines höheren erwarteten Einkommens
- Die Vollversicherung kann für $\alpha > 0$ nicht optimal sein

↪ Ergebnisse für $\alpha > 0$ bei variabler Deckung:

- Wenn Versicherung optimal ist, wird $I^* < L$ und damit eine Zuzahlung $L - I^*$ gewählt
- Der Abschluss einer Versicherung ist zumindest dann vorteilhaft, wenn die Vollversicherung das Individuum nicht schlechter stellt als ohne Versicherung
- Bei einem hohen Aufschlagfaktor α kann $I^* = 0$ optimal sein



Private und soziale Krankenversicherung als Prototypen

➤ Exkurs: Arten der Krankenversicherung:

↪ Bislang wurde eine *private* Krankenversicherung untersucht. Kennzeichen:

- Individuelles Äquivalenzprinzip, d.h. Leistung und Gegenleistung entsprechen sich
 - Leistung des Versicherten: Zahlung einer Prämie
 - Leistung des Versicherers: Zahlung einer Deckungssumme im Schadensfall
- Die Prämie eines Versicherten steigt mit der erwarteten Zahlung des Versicherers

↪ Anderer Prototyp: *Soziale* Krankenversicherung. Kennzeichen:

- Prinzip der Gruppenäquivalenz (Budgetbedingung)
 - Bezug: Alle Versicherten
 - Die Leistungen der Versicherten entsprechen den Leistungen der Versicherung
- Leistung des Versicherten: Zahlung eines Beitrags, dessen Höhe
 - von seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit abhängt (z.B. Bruttoeinkommen)
 - *nicht* systematisch durch sein finanzielles Krankheitsrisiko beeinflusst wird



Private und soziale Krankenversicherung als Prototypen

- Leistung der Versicherung für einen Versicherten: (erwartete) Ausgaben
- Anwendung von Zwang
 - Zwang zur Mitgliedschaft (wenigstens) für Teile der Bevölkerung
 - Kontrahierungszwang für Versicherer

↪ Soziale Krankenversicherung im Vergleich zu einer privaten Krankenversicherung:

- Für einige Individuen: Günstigere Konditionen
- Dann gibt es Individuen, für die diese Versicherung ungünstiger sein muss

↪ Zur Veranschaulichung wird unterstellt:

- Jedes Individuum j
 - weise ein finanzielles Krankheitsrisiko wie oben beschrieben auf
 - erlebe den ungünstigen Zustand mit Wahrscheinlichkeit $\pi^{(j)}$ (Aufwendungen $L^{(j)}$)
- Private Versicherer bieten Vollversicherung jeweils zu fairer Prämie $P^{(j)} = \pi^{(j)} \cdot L^{(j)}$ an

Private und soziale Krankenversicherung als Prototypen

↪ Soziale Krankenversicherung:

- Vollversicherung zum Beitrag $B^{(j)} = \beta \cdot Y_0^{(j)}$ für Individuum j
- Der *Beitragssatz* β erfülle die Budgetbedingung:
$$\sum_j B^{(j)} = \sum_j \beta \cdot Y_0^{(j)} = \sum_j \pi^{(j)} \cdot L^{(j)}$$

↪ Vergleich der beiden Prototypen:

- Kein Unterschied, wenn
 - für alle Individuen $B^{(j)} = P^{(j)}$ gilt
 - finanzielles Krankheitsrisiko und Einkommen $Y_0^{(j)}$ perfekt korrelieren
- Allgemeiner:
 - Der Beitrag zur sozialen Krankenversicherung kann (und wird) von der Prämie abweichen, die in einer privaten Krankenversicherung zu entrichten wäre
 - Terminologie: Ein Individuum stellt für die soziale Krankenversicherung
 - » ein „gutes Risiko“ dar, wenn $B^{(j)} > P^{(j)}$ erfüllt ist
 - » ein „schlechtes Risiko“ dar, wenn $B^{(j)} < P^{(j)}$ erfüllt ist



Private und soziale Krankenversicherung als Prototypen

- Interpretation: Ein Individuum
 - stellt ein gutes Risiko dar, wenn
 - » sein Beitrag höher als die erwarteten Aufwendungen des Versicherers ist
 - » zu *erwarten* ist, dass der Krankenversicherung ein Überschuss entsteht
 - stellt hingegen ein schlechtes Risiko dar, wenn
 - » sein Beitrag unter den erwarteten Aufwendungen des Versicherers liegt
 - » zu *erwarten* ist, dass der Krankenversicherung ein Defizit entsteht
- Anwendung von Zwang notwendig für eine soziale Krankenversicherung:
 - Kontrahierungszwang (Aufnahme schlechter Risiken)
 - Versicherungspflicht (Absicherung – zumindest einiger – guter Risiken)
- In einer privaten Krankenversicherung gibt es weder gute noch schlechte Risiken:
 - Individuelles Äquivalenzprinzip
 - Wettbewerb unter den Krankenversicherern



Nachfrage nach Krankenversicherung II

- Zurück zur privaten Krankenversicherung:
 - ↪ Bisher wurde angenommen, das finanzielle Krankheitsrisiko
 - sei exogen vorgegeben
 - sei durch das Individuum nicht zu verändern
 - ↪ Die Individuen können jedoch – in Grenzen – dieses Risiko beeinflussen:
 - Einfluss auf die Wahrscheinlichkeiten π_i durch den Lebensstil (z.B. Vorsorge)
 - Einfluss auf die Aufwendungen L_i möglich
 - durch die Entscheidung über die Inanspruchnahme von Leistungen
 - wenn mehrere medizinisch sinnvolle Behandlungsalternativen existieren
 - ↪ Die Versicherung kann das Verhalten der Individuen beeinflussen durch
 - die Erhöhung des Wohlfahrtsniveaus (grundsätzlich unproblematisch)
 - finanzielle Anreize, die der Versicherungsvertrag setzt (*eventuell* problematisch)



Nachfrage nach Krankenversicherung II

↪ Spannungsverhältnis:

- Eine Risikoübertragung auf eine Versicherung
 - kann risiko-aversen Individuen einen Vorteil verschaffen
 - verringert *eventuell* den Anreiz zu gesellschaftlich effizientem Verhalten
- Abwägung beider Aspekte in der Ausgestaltung des Versicherungsvertrags

↪ Moral hazard:

- Gesellschaftlich ineffizientes Verhalten, das ausgelöst wird z.B. durch
 - die Bedingungen von Versicherungsverträgen
 - die Bedingungen von Vergütungsregelungen
- Varianten im Zusammenhang mit Krankenversicherungsverträgen:
 - Moral hazard 1. Art (synonym: Moral hazard *ex ante*):
 - » Kommt zustande bei „falschen“ Anreizen für die primäre Prävention
 - » Bezug: Zeit vor Auftreten einer Krankheit



Nachfrage nach Krankenversicherung II

- Moral hazard 2. Art (synonym: Moral hazard *ex post*) :
 - » „Falsche“ Anreize für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
 - » Bezug: Eine Krankheit ist bereits aufgetreten

➤ Weitere Analyse:

↳ Im Folgenden wird untersucht:

- Moral hazard 1. Art
- Wann liegen „falsche“ finanzielle Anreize vor?
- Welche Konsequenzen ergeben sich für Versicherungsverträge?

↳ Voraussetzungen (Abb. 7a):

- Das Individuum kann die Wahrscheinlichkeit π durch Vorsorge verringern
- Vorsorge wird gemessen durch die zugehörigen Ausgaben $V \geq 0$ und es gilt:
 - $\pi(V_0 = 0) = \pi_0 > 0$
 - $\pi(V) > 0$, d.h. die Vorsorge ist niemals ganz erfolgreich



Selbstversicherung durch Vorsorge

- Aufgrund einer Erhöhung $\Delta V > 0$ der Vorsorge
 - ergibt sich stets eine Verringerung $-\Delta\pi > 0$ (*positiver* Grenzertrag)
 - fällt $-\Delta\pi$ umso kleiner aus, je größer V (*abnehmender* Grenzertrag)

↪ Zu klären:

- Welches Vorsorgenniveau ist optimal ohne Krankenversicherung?
- Welchen Einfluss hat die Krankenversicherung auf die Entscheidung zur Vorsorge?

➤ Vorsorge ohne Krankenversicherung (Selbstversicherung):

↪ Einkommensrisiko bei $V_0 = 0$: Das verfügbare Einkommen

- beträgt Y_0 mit der Wahrscheinlichkeit $1 - \pi_0$
- beträgt $Y_0 - L$ mit der Wahrscheinlichkeit π_0

↪ Bei $V_1 > 0$ gilt $\pi(V_1) = \pi_1$. Das verfügbare Einkommen beträgt dann

- $Y_0 - V_1$ mit der Wahrscheinlichkeit $1 - \pi_1$
- $Y_0 - V_1 - L$ mit der Wahrscheinlichkeit π_1



Selbstversicherung durch Vorsorge

- ↪ In Abhängigkeit von V beträgt das *erwartete* verfügbare Einkommen $Y_0 - V - \pi(V) \cdot L$
- ↪ Zusammenhang Vorsorge und erwartetes verfügbares Einkommen:
- Die Vorsorge V_1
 - ist mit sicheren Kosten V_1 verbunden
 - erhöht das erwartete verfügbare Einkommens um $-\Delta\pi \cdot L = (\pi_0 - \pi_1) \cdot L$
 - Gesamteffekt: Das erwartete verfügbare Einkommen
 - sinkt für $(\pi_0 - \pi_1) \cdot L < V_1$
 - steigt für $(\pi_0 - \pi_1) \cdot L > V_1$
 - Beispiel:
 - Annahmen: $L = 10.000$ sowie $\pi_0 = 0,4$ für $V_0 = 0$
 - $V_1 = 1.000$ erhöht das erwartete verfügbare Einkommen, falls $\pi_1 < 0,3$ gilt
 - Für $\pi_1 = 0,28$ ergibt sich eine Erhöhung um 200

Selbstversicherung durch Vorsorge

↪ Vorteilhaftigkeit der Selbstversicherung:

- Die Vorsorge löst folgende Effekte aus:
 - Veränderung des erwarteten verfügbaren Einkommens
 - » Erhöhung: Vorteil
 - » Verringerung: Nachteil
 - Veränderung des finanziellen Risikos (Effekt allgemein unbestimmt)
- Vorsorge ohne Krankenversicherung (Abb. 7b):
 - In diesem Beispiel gilt: Die betrachtete Vorsorge V_1
 - » erhöht das erwartete verfügbare Einkommen: $E(Y, V_1) > E(Y)$
 - » stellt das Individuum besser als $V = 0$
 - Allgemein gilt:
 - » Wenn $E(Y, V_1) < E(Y)$ gilt, *kann* V_1 noch vorteilhaft sein
 - » Wenn π_1 hoch ist, *kann* $V = 0$ vorteilhaft sein, obwohl $E(Y, V_1) > E(Y)$ gilt



Vorsorge und Krankenversicherung

- **Vorsorge und Krankenversicherung:**
 - ↪ Nun könne zusätzlich eine Krankenversicherung abgeschlossen werden, die
 - eine variable Deckung I (mit $0 \leq I \leq L$) anbietet
 - eine *versicherungsmathematisch faire Prämie* erhebt
 - ↪ Fallunterscheidung:
 - Verifizierbarkeit (der Vorsorge):
 - Die Vorsorge kann vom Versicherer (gerichtsfest) beobachtet werden
 - Vorsorge kann vertraglich vereinbart werden (Sanktion bei Abweichung)
 - Folgen:
 - » Die Vorsorge kann im Vertrag wirksam festgeschrieben werden
 - » Die Prämie hängt *direkt* von I und auch von V ab
 - Fehlende Verifizierbarkeit der Vorsorge: Die Prämie kann dann
 - lediglich *indirekt* von der betriebenen Vorsorge abhängen
 - direkt nur von der gewählten Deckung abhängen



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Insgesamt:

- Die beiden Fälle beinhalten verschiedene Informationsstrukturen
- Bei Nicht-Verifizierbarkeit verfügt der Versicherer über weniger Information
- Welche Folgen ergeben sich daraus?

➤ Fall 1: Der Versicherer kann das Vorsorgeniveau verifizieren

↪ Für die Prämie gilt in Abhängigkeit von I und V : $P(I,V) = \pi(V) \cdot I$

↪ Zwei Entscheidungsvariablen:

- Deckung I und Vorsorge V
- Optimale Werte: Deckung I^* , Vorsorge V^*

↪ Welche Deckung ist optimal?

- Unabhängig von der Vorsorgeentscheidung gilt $I^* = L$
- Begründung: Versicherungsmathematisch faire Prämie, Risiko-Aversion

Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Optimale Vorsorge:

- Die Wahl V^* maximiert das erwartete verfügbare Einkommen
- Notation: $\pi'(V) = \partial\pi(V)/\partial V$ (marginaler Effekt der Vorsorge)
- Falls $-\pi'(V_0) \cdot L - 1 > 0$ gilt,
 - lohnt sich die Vorsorge, d.h. es muss $V^* > 0$ gelten
 - erfüllt das optimale Vorsorgenniveau V^* die Bedingung $-\pi'(V^*) \cdot L - 1 = 0$
- Falls $-\pi'(V_0) \cdot L - 1 \leq 0$ zutrifft, lohnt sich Vorsorge nicht $\rightarrow V^* = 0$

↪ Anwendung auf die zuvor betrachtete Entscheidungssituation:

- Bezug: Vorsorge $V_1 > 0$ im Vergleich zu $V = 0$
- Die Vorsorge im Umfang V_1
 - ist vorteilhaft genau dann, wenn $E(Y, V_1) > E(Y)$ gilt
 - lohnt sich also nicht, wenn sie das erwartete verfügbare Einkommen verringert
- Deutlicher Unterschied zur Analyse der Selbstversicherung



Vorsorge und Krankenversicherung

➤ Fall 2:

↳ Der Versicherer

- kann das Vorsorgenniveau nicht verifizieren
- kennt jedoch die Präferenzen der Individuen

↳ Zur Prämie:

- Ihre Höhe
 - kann *direkt* nur noch von der gewählten Deckung abhängen: $P(I) = \pi \cdot I$
 - hängt *indirekt* (d.h. über π) auch von der tatsächlich betriebenen Vorsorge ab
- Zu klären: Zu welcher Prämie bietet ein Versicherer eine Deckung I an?

↳ „Chronologie“:

- Der Versicherer bietet ein Menü von Verträgen $[P(I), I]$ an
- Das Individuum wählt den für ihn optimalen Vertrag aus



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Lösung des Optimierungsproblems:

- In Abhängigkeit vom Vertrag $[P(I), I]$ legt der Versicherte seine Vorsorge $V(I)$ fest
- Der Versicherer
 - berücksichtigt die finanziellen Anreize seiner Verträge für das Individuum
 - bietet nur Verträge $[P(I), I]$ an, die *konsistent* sind:
 - » Die Prämie erfüllt die Bedingung $P(I) = \pi[V(I)] \cdot I$
 - » Der Vertrag induziert diejenige Vorsorge, mit der $P(I)$ kalkuliert wurde

↪ Der Versicherte wählt einen optimalen Vertrag,

- der eine Deckung I^* enthält
- der ihm den Anreiz zur Vorsorge im Umfang $V^* = V(I^*)$ bietet

↪ Zweistufiges Optimierungsproblem des Versicherten:

- 1. Stufe: Wahl einer optimalen Deckung I^* aus der Menge konsistenter Verträge
- 2. Stufe: Wahl eines optimalen Vorsorgeniveaus V^*



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Lösung durch „Rückwärts-Induktion“:

- Die beiden Stufen werden in umgekehrter Reihenfolge behandelt
- Gegeben $[P(I), I]$, wählt das Individuum das dafür optimale Vorsorgeniveau $V(I)$
- Zusammen mit $[P(I), I]$ legt die Vorsorge $V(I)$ seinen Erwartungsnutzen fest
- Auswahl von I^* und $V^* = V(I^*)$, die den Erwartungsnutzen maximieren

↪ Zur weiteren Analyse:

- Die Lösung des Optimierungsproblems erfordert anspruchsvolle Methoden
- Im Folgenden daher lediglich Veranschaulichung anhand eines Beispiels

↪ Konkret:

- Betrachtet werden zwei Verträge, welche $V_0 = 0$ bzw. $V_1 > 0$ induzieren
- Es gelte, dass
 - die Bedingung $V_1 - V_0 = V_1 < -[\pi(V_1) - \pi(V_0)] \cdot L = [\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L$ erfüllt ist
 - die Vorsorge also das erwartete verfügbare Einkommen erhöht



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Erster Vertrag: $[P(L), L]$

- Vollversicherung, d.h. kein Risiko bezüglich des verfügbaren Einkommens
- Die Vorsorge
 - reduziert dann das verfügbare Einkommen
 - verschafft dem Versicherten dann *keinen* Vorteil
- Folgerungen:
 - Es ist optimal,
 - » keine Vorsorge zu betreiben
 - » die Entscheidung $V(L) = V_0 = 0$ zu treffen
 - Konsistenz impliziert: $P(L) = \pi(V_0) \cdot L = \pi_0 \cdot L$

↪ Erläuterung:

- Die Vorsorge verringert (bei gegebener Deckung) nun nicht mehr die Prämie
- Vollversicherung: Eine Verringerung von π bietet *dem Versicherten* keinen Vorteil



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Moral hazard 1. Art ist wirksam:

- Gemäß Annahme ist V_1 gesellschaftlich vorteilhaft gegenüber $V_0 = 0$:
 - Die erwarteten Leistungen des Versicherer sinken um $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L$
 - Der Aufwand des Versicherten steigt um V_1
- Da er keinen Anreiz zur Vorsorge hat, trifft der Versicherte die Entscheidung V_0 , die
 - für ihn unter den gegebenen Umständen optimal ist
 - aus Sicht der Gesellschaft nicht optimal ist
- Einzel- und gesamtwirtschaftliche Rationalität fallen auseinander!

↪ Zweiter Vertrag: $[P(I), I]$ mit $I < L$, $P(I) = \pi(V_1) \cdot I = \pi_1 \cdot I$

- Vorab definiert man: $Y_0^\wedge = Y_0 - P(I)$ und die Selbstbeteiligung $L^\wedge = L - I$
- Für V_1 gilt $\pi(V_1) = \pi_1$. Das verfügbare Einkommen beträgt dann
 - $Y_0^\wedge - V_1$ mit der Wahrscheinlichkeit $1 - \pi_1$
 - $Y_0^\wedge - V_1 - L^\wedge$ mit der Wahrscheinlichkeit π_1



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Erläuterung:

- Entscheidung für Vorsorge: Analyse analog zur Situation der Selbstversicherung
- $V = V_1$ ist nun besser als V_0 , wenn dies dem Versicherten einen Vorteil stiftet
- Effekte von V_1 für den Versicherten:
 - Veränderung des Einkommensrisikos
 - Veränderung des erwarteten verfügbaren Einkommens

↪ Moral hazard 1. Art ist wirksam (wenn auch geringer als beim ersten Vertrag):

- Einzel- und gesamtwirtschaftlicher Nachteil der Vorsorge stimmen überein (V_1)
- Analyse des Vorteils bezüglich des erwarteten verfügbaren Einkommens:
 - Gesamtwirtschaftlicher Vorteil: $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L$
 - Der Vorteil des Versicherten beträgt jedoch lediglich $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L^A$
 - Bei fester Prämie zählt für den Versicherten nur die Selbstbeteiligung L^A

↪ Einzel- und gesamtwirtschaftliche Rationalität fallen wiederum auseinander!

Vorsorge und Krankenversicherung

- ↪ Teilversicherung im Vergleich zur Vollversicherung für den Versicherten:
- Effekte einer Teilversicherung:
 - Zunahme des Risikos bezüglich des verfügbaren Einkommens
 - Wenn dann die Entscheidung $V_1 > 0$ optimal ist,
 - » gelingt es, den Umfang des moral hazard einzuschränken
 - » ist der betrachtete Vertrag $[P(I), I]$ konsistent
 - » *kann* dieser Vertrag vorteilhaft sein
 - *Insgesamt* bewirkt V_1 ein höheres erwartetes verfügbares Einkommen:
 - Die Erhöhung entspricht gerade der Differenz $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L - V_1$
 - Sie beruht auf folgenden Teileffekten:
 - » Verringerung aufgrund der Kosten der Vorsorge in Höhe von $V_1 > 0$
 - » Erhöhung aufgrund der Verringerung von $\pi(V) \cdot L$



Vorsorge und Krankenversicherung

- Genauer entsteht die Verringerung von $\pi(V) \cdot L$
 - » direkt (bei gegebener Prämie) im Umfang $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot L^A$
 - » indirekt (durch die Senkung der Prämie) im Umfang $[\pi(V_0) - \pi(V_1)] \cdot I$
- Ergebnisse:
 - Auch bei der Teilversicherung ist der Anreiz zur Vorsorge ineffizient niedrig
 - Vorteilhaftigkeit der Teilversicherung:
 - » Annahme: V_1 erhöht das erwartete verfügbare Einkommen
 - » Notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung
 - Begründung: Gegenüber der Vollversicherung bietet die Teilversicherung
 - » den Vorteil einer Eindämmung des moral hazard
 - » den Nachteil eines höheren finanziellen Krankheitsrisikos
 - Effekt per Saldo allgemein unbestimmt



Vorsorge und Krankenversicherung

➤ Vergleich der beiden Fälle:

↳ Bei Verifizierbarkeit der Vorsorge gilt:

- Eine Vollversicherung ist stets optimal
- Die optimale Vorsorge maximiert das erwartete verfügbare Einkommen
- Vorsorge genau dann, wenn sie dieses Einkommen gegenüber $V = 0$ steigert

↳ Bei fehlender Verifizierbarkeit der Vorsorge gilt hingegen:

- Eine Vollversicherung *kann* suboptimal sein
- Vorsorge muss das erwartete verfügbare Einkommen erhöhen

➤ Beispiel (in Anlehnung an Breyer/Zweifel/Kifmann, Kap. 6.4.1.4):

↳ Voraussetzungen:

- $\pi(V_0) = \pi_0 = 0,3$; $\pi(V_1 = 10) = \pi_1 = 0,1$
- $Y_0 = 100$; $L = 80$
- $V_1 = 10 < (\pi_0 - \pi_1) \cdot L = 16$



Vorsorge und Krankenversicherung

↪ Betrachtete Verträge bei fehlender Verifizierbarkeit der Vorsorge:

- Vollversicherung: $P(L) = 0,3 \cdot 80 = 24$
- Teilversicherung:
 - $P(I = 39) = 0,1 \cdot 39 = 3,9$
 - Selbstbeteiligung $L^{\wedge} = L - I = 41$

↪ Folgerungen:

- Beim Vertrag $[P(L = 80), L]$ fällt $P = 24$ an, → verfügbares Einkommen: 76
- Beim Vertrag $[P(I = 39), I]$
 - fallen erwartete Ausgaben in Höhe von 18 an:
 - » Sichere Ausgaben für Prämie und Vorsorge: $P(I = 39) + V_1 = 13,9$
 - » Erwartete Ausgaben für Selbstbeteiligung: $\pi_1 \cdot L^{\wedge} = 4,1$
 - beträgt das erwartete verfügbare Einkommen somit 82

↪ Es ist *möglich*, dass die Teilversicherung besser als die Vollversicherung ist



Vertiefende Literatur

Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M., Gesundheitsökonomik, 6. Aufl., Berlin u.a.O. 2013, Kap. 6

Ehrlich, I., Becker, G.S., Market Insurance, Self-Insurance, and Self-Protection, Journal of Political Economy, Vol. 80 (1972), S. 623-648

Feldstein, M.S., The Welfare Loss of Excess Health Insurance, Journal of Political Economy, Vol. 81 (1973), S. 251-280

Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M., The Economics of Health and Health Care, 5. Aufl., Upper Saddle River, New Jersey 2007, Kap. 8

Pauly, M., The Economics of Moral Hazard, American Economic Review, Vol. 58 (1968), S. 531-537

Zweifel, P., Eisen, R., Versicherungsökonomie, 2. Aufl., Berlin 2003, Kap. 2 und 3



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Grundlegende Aspekte:

↳ Zu unterscheiden:

- Vertragsärztliche Versorgung:
 - Bezug: Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)
 - Erbringung: Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung
- Privatärztliche Versorgung:
 - Bezug: Leistungen
 - » für GKV-Versicherte (außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung)
 - » für Versicherte der Privaten Krankenversicherung (PKV)
 - Erbringung:
 - » Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung
 - » Privat-Ärzte



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- ↪ Die vertragsärztliche Versorgung ist wesentlich *stärker reguliert* in Bezug auf die
- Anzahl der Leistungserbringer:
 - Zulassung bzw. Genehmigung notwendig (nach Form der Teilnahme)
 - Zuständig: Zulassungsausschüsse für Ärzte
 - Struktur der Leistungserbringer:
 - Steuerung der Verteilung im Raum nach Arztgruppen
 - Zuständig: Landesausschüsse Ärzte und Krankenkassen
 - Art der Versorgung: Hausärztliche und fachärztliche Versorgung
 - Vergütung:
 - Welche Leistungen sind abrechnungsfähig (arztgruppenbezogen)?
 - Wie bemisst sich die Zahlung einer Krankenkasse (Gesamtvergütung)?
 - Wie ergibt sich das Honorar eines Vertragsarztes (Honorarverteilung)?



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- Wesentliche Träger der Gemeinsamen Selbstverwaltung:
 - ↳ Kassenärztliche Vereinigungen (KVen):
 - Kennzeichen:
 - Körperschaften des öffentlichen Rechts
 - Hoheitliche Aufgaben, aber auch Interessenvertretung
 - Mitglieder:
 - » Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung (regional)
 - » Zwangsmitgliedschaft
 - Anzahl:
 - Derzeit gibt es 17 KVen
 - In Nordrhein-Westfalen: KV Nordrhein und KV Westfalen-Lippe
 - Ansonsten eine pro Bundesland (z.B. KV Mecklenburg-Vorpommern)



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- *Sicherstellung* der vertragsärztlichen Versorgung (*Sicherstellungsauftrag*):
 - Bezug: Versorgung gemäß § 73 Absatz 2 SGB V (Erläuterung folgt)
 - (§ 72 SGB V) Versorgung der Versicherten so zu regeln, dass diese
 - » ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich erfolgt
 - » dem anerkannten Stand des medizinischen Wissens entspricht
 - Angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen
 - *Gewährleistungspflicht* gegenüber Krankenkassen:
 - Bezug: Ordnungsgemäße Erbringung der vertragsärztlichen Leistungen
 - Überwachung der Einhaltung von Pflichten der Vertragsärzte
- ↪ Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV):
- Körperschaft des öffentlichen Rechts
 - Aufgabe (u.a.): Allgemeine Vereinbarungen zur Organisation der Versorgung
 - Beispiel: Bundesmantelvertrag



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ Krankenkassen:

- Körperschaften des öffentlichen Rechts
- Primärkassen:
 - Beispiele: AOK, BKK, IKK
 - Vertretung auf Landesebene:
 - » Landesverband
 - » Bei den AOKen identisch mit der jeweiligen AOK
- Ersatzkassen:
 - Beispiele: BARMER, DAK
 - Organisation: Bundesweit, mit Landesvertretungen

↪ Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband):

- Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Vertretung der Krankenkassen auf Bundesebene



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↳ Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA):

- Oberstes Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung (§ 91 SGB V)
- Mitglieder des Beschlussgremiums:
 - 3 unparteiische Mitglieder, darunter: Vorsitzende(r)
 - 5 Mitglieder: Benannt durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen
 - 5 weitere Mitglieder: Benennung durch KZBV (1), KBV (2) und DKG (2)
- Patientenvertreter: Mitberatungs- und Antragsrecht, aber nicht stimmberechtigt
- Vorbereitung von Entscheidungen durch neun Unterausschüsse, darunter
 - Unterausschuss Bedarfsplanung
 - Unterausschuss Arzneimittel
- Aufgaben:
 - Inhalte einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung
 - Beschluss von Richtlinien (RL)
 - RL sind verbindlich für Versicherte, Leistungserbringer und Krankenkassen



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↳ Zulassungsausschüsse für Ärzte (§ 96 SGB V):

- Bezug: Bezirk einer KV oder von Teilen davon (Zulassungsbezirk)
- Paritätisch besetzt mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen
- Aufgabe:
 - Entscheidung über die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
 - » Zulassung (Vertragsärzte)
 - » Genehmigung (z.B. für angestellte Ärzte)
 - Dabei zu berücksichtigen: Bedarfsplanung

↳ Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen (§ 90 SGB V, Bezug: Bundesland):

- 3 unparteiische Mitglieder (darunter: Vorsitz), je 9 Vertreter der Ärzte und der Kassen
- Aufgaben:
 - Beurteilung der Versorgung in den Planungsbereichen
 - Maßnahmen zur Behebung von Versorgungsproblemen



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Ärzte im ambulanten Bereich:

↪ Praktischer Arzt:

- Niedergelassener Arzt ohne Facharzt-Weiterbildung
- Zulassung als Vertragsarzt war nur früher möglich (Bedeutung daher abnehmend)

↪ Facharzt:

- Arzt, der eine mehrjährige Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat
- Beispiele:
 - Facharzt für Allgemeinmedizin
 - Facharzt für Innere Medizin

↪ Allgemeinarzt: Facharzt für Allgemeinmedizin

↪ Gebietsarzt:

- Arzt mit Facharzt-Weiterbildung, die sich auf ein medizinisches Gebiet bezieht
- Seit 1970 stetig wachsender Anteil an allen Vertragsärzten



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- Zur Struktur der Ärzte in Deutschland (Abb. 8):
 - ↳ Ende 2019 waren etwa 76,5 % der gut 526.000 Ärzte ärztlich tätig
 - ↳ Davon arbeiteten
 - etwa 91,2 % im *ambulanten* oder im *stationären Bereich*
 - etwa 39,7 % im *ambulanten Bereich*
 - ↳ Anteil der angestellten Ärzte im ambulanten Bereich:
 - Ende 2019: Etwas mehr als 27 %
 - Steigende Tendenz
- Organisationsformen in der vertragsärztlichen Versorgung:
 - ↳ Einzelpraxis mit den Varianten:
 - Einzelner Vertragsarzt
 - Vertragsarzt mit angestellten Ärzten
 - Vertragsarzt mit voller Zulassung: Bis zu 3 vollzeitbeschäftigte angestellte Ärzte



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ Praxisgemeinschaft:

- Kennzeichen:
 - Kooperation rechtlich selbständiger Vertragsärzte
 - Gemeinsame Nutzung z.B. der Praxiseinrichtung („Kostengemeinschaft“)
 - Die Vertragsärzte rechnen einzeln gegenüber der KV ab
- Ziel (u.a.): Realisierung von Kostenvorteilen

↪ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG, vor 2007: Gemeinschaftspraxis):

- Kennzeichen:
 - Wirtschaftlicher und organisatorischer Zusammenschluss von Vertragsärzten
 - Auch fachübergreifend oder überörtlich (mehrere Vertragsarztsitze) möglich
 - Behandlung von Patienten und Abrechnung: Jeweils gemeinsam
- Anstellung von Ärzten ebenfalls möglich
- Ziel (u.a.): Realisierung von Synergieeffekten



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ Einrichtungen:

- Medizinische Versorgungszentren (MVZ, seit 2004):
 - Kennzeichen:
 - » In der Regel fachübergreifend, auf jeden Fall ärztlich geleitet
 - » Ärzte als angestellte Ärzte oder als Vertragsärzte
 - Krankenhaus-MVZ: Krankenhaus als Träger beteiligt
 - Überwiegend angestellte Ärzte (insbesondere in Krankenhaus-MVZ)
 - Ziel (u.a.):
 - » Realisierung von Synergieeffekten
 - » Bessere Integration der Versorgung
- Andere:
 - Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V (z.B. Polikliniken)
 - Eigeneinrichtungen (kommunal, KV)



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Formen der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Abb. 9):

↪ Vertragsarzt:

- Niedergelassener Arzt, der über eine Zulassung verfügt
- Ende 2019: 102.589 Ärzte (Anteil: 68,5 %)

↪ Partner-Arzt:

- Bezug: Für Neuzulassungen gesperrte (kurz: „gesperrte“) Planungsbereiche
- Niedergelassener Arzt, der
 - Partner eines anderen Vertragsarztes wird (BAG)
 - eine (auf die Dauer der Zusammenarbeit) beschränkte Zulassung erhält
- Leistungsbeschränkung: Leistungsmenge darf *nicht wesentlich* ausgedehnt werden
- Ende 2019: 595 Ärzte (Anteil: 0,4 %)

↪ Angestellter Arzt:

- Gesperrte (bzw. offene) Planungsbereiche: Mit (bzw. ohne) Leistungsbeschränkung



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses erforderlich
- Möglich in Einzelpraxis oder BAG („in freier Praxis“) oder in MVZ
- Ende 2019: 37.385 Ärzte (Anteil: 25,0 %)

↪ Ermächtigter Arzt:

- Bezug: Im stationären Bereich tätige Ärzte (Krankenhaus, Reha-Einrichtungen)
- Kennzeichen der Ermächtigung:
 - Zeitlich, räumlich und im Umfang begrenzt
 - Genehmigung des zuständigen Zulassungsausschusses erforderlich
- Ziel: Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten
- Ende 2019: 9.141 Ärzte (Anteil: 6,1 %)

➤ Vertragsärztliche Versorgung in kooperativen Strukturen

↪ Kooperation von mindestens zwei Teilnehmern an der vertragsärztlichen Versorgung

↪ Varianten (Auswahl): Einzelpraxis mit (mindestens) einem angestellten Arzt, BAG, MVZ



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ Entwicklung der Ärzte und Psychotherapeuten in BAG:

- Stetige Zunahme im Zeitraum 2010 – 2019 (Abb. 10a)
- Darunter Ärzte Ende 2019:
 - 42.938 Vertragsärzte und 590 Partner-Ärzte
 - 8.467 angestellte Ärzte (davon 1.226 mit Leistungsbeschränkung)

↪ Entwicklung der Anzahl der MVZ 2004 – 2019 (Abb. 10b):

- Rasanter Anstieg
- Anteil der Krankenhaus-MVZ: Stetige Zunahme, Ende 2019 knapp 45 %

➤ Vertragsärztliche Versorgung → hausärztliche und fachärztliche Versorgung (§ 73 SGB V)

↪ Diese Unterscheidung ist u.a. relevant für

- die Bedarfsplanung
- die abrechnungsfähigen Leistungen und die Aufteilung der Gesamtvergütung

↪ Anteil der hausärztlichen Versorgung: In den letzten Jahren rückläufig



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ Hausärztliche Versorgung:

- Kennzeichen: Erfüllung bestimmter Aufgaben, wie z.B. die
 - allgemeine und fortgesetzte Betreuung eines Patienten in Diagnostik/Therapie
 - Koordination, Dokumentation und Veranlassung des Einsatzes von Leistungen
- Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung:
 - Allgemeinmediziner
 - Praktische Ärzte
 - hausärztlich tätige Internisten
- **Nicht** zu verwechseln mit einer *hausarztzentrierten Versorgung* (Kap. 6)

↪ Fachärztliche Versorgung:

- Wird durch die übrigen Fachärzte geleistet
- Beispiele: Augenärzte, HNO-Ärzte, Orthopäden



Ambulante ärztliche Versorgung: Informationen zur Struktur

- Umfang der vertragsärztlichen Versorgung (Abb. 11):
 - ↪ Bezug: § 73 Absatz 2 SGB V
 - ↪ Eigene Leistungen
 - Krankheitsvorsorge und -früherkennung
 - Diagnostik und Therapie
 - ↪ Verordnung bzw. Veranlassung von Leistungen: z.B.
 - Arzneimittel
 - Krankenhausbehandlung
 - Rehabilitationsmaßnahmen
 - ↪ Umfang der verordneten und veranlassten Leistungen >> Umfang eigener Leistungen
 - ↪ Folgerung: Vertragsarzt
 - als Torwächter („gatekeeper“)
 - mit großem Einfluss auf den Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Thesen zu den Folgen einer steigenden Anzahl der Vertragsärzte:
 - ↳ (1) „Angebotsinduzierte Nachfrage“:
 - Ausgangspunkt: Der Arzt besitzt
 - einen Informationsvorsprung gegenüber seinen Patienten
 - somit die Möglichkeit, dessen Inanspruchnahme von Leistungen festzulegen
 - Folgen:
 - Der Umfang der erbrachten Leistungen wird *nicht nur* medizinisch bestimmt
 - Bei unverändertem Bedarf kann eine höhere Anzahl von Vertragsärzten eine Leistungsausweitung bewirken
 - Grund: Um ein Zieleinkommen zu erreichen, werden neue Vertragsärzte versuchen, die Inanspruchnahme von Leistungen durch ihre Patienten entsprechend festlegen
 - Die These impliziert bei hoher Anzahl von Vertragsärzten eine ineffizient hohe Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ (2) „Abbau von Rationierung“:

- Ausgangspunkt:
 - Zu geringe Anzahl der Vertragsärzte
 - Versorgungsbedarf der Versicherten kann nicht komplett gedeckt werden
- Folgen: Eine größere Zahl an Vertragsärzten
 - bewirkt ein höheres Angebot an Leistungen
 - kann dazu beitragen, den überschüssigen Leistungsbedarf abzubauen
 - bewirkt dann eine bessere Versorgung der Versicherten
 - führt dann zumindest zunächst zu einer wirtschaftlicheren Versorgung

↪ (3) „Geringerer Gesamtpreis“:

- Ausgangspunkt: Eine höhere Anzahl von Vertragsärzten
 - kann die Erreichbarkeit der Versorgung für einige Versicherte verbessern



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- verringert dann die Kosten der Inanspruchnahme für den Patienten:
 - » Wegekosten
 - » Zeitkosten
- Folgen günstigerer Nachfragebedingungen:
 - Höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen
 - Effekt auf die Wirtschaftlichkeit der Versorgung unklar

➤ Fazit:

- ↪ Mehr Vertragsärzte bewirken stets eine höhere Inanspruchnahme von Leistungen
- ↪ Eine Steuerung der Anzahl der Vertragsärzte kann dazu beitragen,
 - eine angebotsinduzierte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen einzuschränken
 - die Wirtschaftlichkeit der ambulanten Versorgung zu verbessern
- ↪ Bezug: Umfang, Struktur (Arztgruppen) und räumliche Verteilung der Versorgung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Bedarfsplanung in der vertragsärztlichen Versorgung:
 - ↳ Rechtliche Grundlagen:
 - SGB V (§§ 99ff.)
 - Zulassungs-Verordnung
 - Aktuelle Bedarfsplanungs-Richtlinie des G-BA
 - ↳ Verantwortlich:
 - Direkt: Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen
 - Mittelbar: Zulassungsausschüsse
 - ↳ Ziele (Auswahl):
 - Flächendeckende, qualitativ hochwertige, wohnortnahe Versorgung
 - Darstellung von Stand und Bedarf in der vertragsärztlichen Versorgung
 - Identifikation von *Überversorgung* bzw. *Unterversorgung*
 - Falls nötig: Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

➤ Grundzüge der neuen Bedarfsplanung seit 2013:

↳ Wesentliche Schritte:

- Ermittlung des Versorgungsgrads
 - nach Planungsbereichen (regional)
 - nach Arztgruppen (arztgruppenspezifisch)
- Berücksichtigung von Altersstruktur und ggf. Morbidität der lokalen Bevölkerung
- Prüfung, ob
 - die Versorgung bedarfsgerecht ist oder deutlich davon abweicht
 - Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung erforderlich sind

↳ Umsetzung:

- Bundesweite Vorgaben
- Regionale Abweichungen (KV-Ebene) sind in begründeten Fällen zulässig



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ Bundesweite Vorgaben:

- Beplante Arztgruppen:
 - Hausärzte als eigene Arztgruppe
 - Alle weiteren Arztgruppen gehören zur fachärztlichen Versorgung
 - Regelmäßige Prüfung, ob weitere Arztgruppen aufzunehmen sind
- Räumlicher Bezug:
 - Planungsbereiche, die auf Einteilungen des BBSR beruhen
 - BBSR: Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung
 - Vier Typen von Planungsbereichen:
 - » Mittelbereiche, Mecklenburg-Vorpommern (MV): 22
 - » Kreisregionen (Landkreise, kreisfreie Städte > 100.000 Einw.), MV: 7
 - » Raumordnungsregionen, MV: 4
 - » KV-Regionen, MV: 1



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Zuordnung der Arztgruppen auf vier Versorgungsebenen (Abb. 12a):
 - Hausärztliche Versorgung (Ebene 1)
 - Allgemeine fachärztliche Versorgung (Ebene 2), Beispiel: Augenärzte
 - Spezialisierte fachärztliche Versorgung (Ebene 3), Beispiel: Radiologen
 - Gesonderte fachärztliche Versorgung (Ebene 4), Beispiel: Laborärzte
- Grundsätzlich gilt: Je höher die Ebene,
 - desto spezialisierter die Versorgung
 - desto weniger wohnortnah braucht die Versorgung zu erfolgen
 - desto größer deshalb die Planungsbereiche
- Allgemeine Verhältniszahlen (AVZ, Abb. 12b):
 - Arztgruppenspezifische Einwohner-/Arzt-Relationen
 - Wichtig für die Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Ebenen 1, 3 und 4
 - » Es gilt jeweils nur eine Verhältniszahl pro Arztgruppe
 - » Ausnahme: Hausärzte, Regionstyp 6 (Übergangsregelung)
- Allgemeine fachärztliche Versorgung → sechs Regionstypen:
 - » Regionstyp 1: Stark mitversorgend (z.B. Stadt Rostock)
 - » Regionstyp 2: Mitversorgend und mitversorgt (z.B. Kreis Esslingen)
 - » Regionstyp 3: Stark mitversorgt (z.B. Kreis Bad Doberan)
 - » Regionstyp 4: Mitversorgt (z.B. Kreisregion Schwerin/Nordwestmecklenb.)
 - » Regionstyp 5: Eigenversorgt (z.B. Kreisregion Greifswald/Ostvorpommern)
 - » Regionstyp 6: Polyzentrischer Verflechtungsraum (früher: Ruhrgebiet)
- Aus den AVZ werden berechnet
 - » angepasste VZ: AVZ_{korr} (Bedarfsplanung bis Mitte 2019)
 - » regionale VZ: Reg-VZ(i) (Bedarfsplanung seit Mitte 2019)

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- ↪ Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung (**Bedarfsplanung bis Mitte 2019**):
- Ausgangspunkt: AVZ auf der Grundlage historischer Daten
 - Berücksichtigung der regionalen Altersstruktur durch einen *Demografiefaktor*:
 - Regionale (Bezug: Planungsbereich i) und bundesweite Altersfaktoren:
 - » Personen unter 65 Jahre (<65): $AF_{r,<65}$ und $AF_{b,<65}$
 - » Personen im Alter von 65 Jahren und älter: $AF_{i,65+}$ und $AF_{i,65+}$
 - Es galt: $AF_{b,<65} = 79,4$ und damit $AF_{b,65+} = 20,6$
 - Bundeseinheitliche Leistungsbedarfsfaktoren nach Arztgruppen (LBF):
 - » LB(k) als „Leistungsbedarf pro Kopf“ von Altersklasse k
 - » LBF: Verhältnis LB(65+) zu LB(<65)
 - Arztgruppenspezifischer Demografiefaktor in Planungsbereich i:

$$DF(i) = \frac{AF_{b,<65} + AF_{b,65+} \cdot LBF}{AF_{i,<65} + AF_{i,65+} \cdot LBF}$$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Interpretation, jeweils relativ zum Leistungsbedarf von Personen unter 65 Jahren:
 - Zähler: Leistungsbedarf pro Kopf (bundesweit) x 100
 - Nenner: Leistungsbedarf pro Kopf (regional) x 100
- Ergebnisse:
 - LB pro Kopf in Planungsbereich i größer als bundesweit → $DF(i) < 1$
 - LB pro Kopf in Planungsbereich i relativ gering → $DF(i) > 1$
 - Wert von $DF(i)$: Zusammenspiel von LBF und regionaler Altersstruktur
- Mögliche Ursachen von $DF(i) < 1$:
 - Bei $LBF > 1$: Regionale Bevölkerung älter als bundesweit
 - Bei $LBF < 1$: Regionale Bevölkerung relativ jung
- Mögliche Ursachen von $DF(i) > 1$:
 - Bei $LBF > 1$: Regionale Bevölkerung jünger als bundesweit
 - Bei $LBF < 1$: Regionale Bevölkerung relativ alt



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Spezialfälle (Auswahl):
 - Frauenärzte: Altersfaktoren berücksichtigen nur die weibliche Bevölkerung
 - Kinderärzte: Kein Demografiefaktor
- Beispiel Hausärzte in einem Planungsbereich j (LBF = 2,724):
 - Regionale Bevölkerung relativ alt:
 - » Regionale Altersfaktoren: $AF_{j,<65} = 75,0$ und damit $AF_{j,65+} = 25,0$
 - » Zähler [DF(j)] $\approx 135,5$; Nenner [DF(j)] = 143,1; $DF(j) \approx 0,947$
 - Regionale Bevölkerung relativ jung:
 - » Regionale Altersfaktoren: $AF_{j,<65} = 82,0$ und damit $AF_{j,65+} = 18,0$
 - » Zähler [DF(j)] $\approx 135,5$; Nenner [DF(j)] $\approx 131,0$; $DF(j) \approx 1,034$
- Ergebnis (allgemein für einen Planungsbereich i, arztgruppenspezifisch):
 - Angepasste Verhältniszahl, $AVZ_{\text{kor}}(i) = AVZ \cdot DF(i)$
 - Bei diesem Verhältnis: Versorgung bedarfsgerecht in Planungsbereich i



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Ermittlung der bedarfsgerechten Versorgung (**Bedarfsplanung ab Mitte 2019**):

- Ausgangspunkt: Basis-VZ
 - Einwohner-/Arzt-Verhältnisse bei Einführung der Bedarfsplanung
 - Zum Teil angepasst an veränderten Versorgungsbedarf
- Schritt 1: Berechnung der AVZ aus den Basis-VZ
- Benötigte Informationen:
 - Bundesweite Alters- und Geschlechtstfaktoren (jeweils *am Ende* von Jahr t):
 - » Anteile unter 20 Jahre (<20): $AG_{m,<20,t}$ und $AG_{w,<20,t}$
 - » Anteile zwischen 20 und 44 Jahren: $AG_{m,20-44,t}$ und $AG_{w,20-44,t}$
 - » Anteile zwischen 45 und 74 Jahren: $AG_{m,45-74,t}$ und $AG_{w,45-74,t}$
 - » Anteile 75 Jahre und älter: $AG_{m,\geq 75,t}$ und $AG_{w,\geq 75,t}$
 - » Bezüge von t : 2010 oder „aktuell“ (derzeit: 2017), jeweils zum 31.12.
 - Quelle: Bevölkerungsdaten des Statistischen Bundesamts

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

– Alters- und Geschlechterfaktoren am 31.12.2010:

- » $AG_{m,<20,2010} = 9,56 \%$; $AG_{w,<20,2010} = 9,08 \%$
- » $AG_{m,20-44,2010} = 16,12 \%$; $AG_{w,20-44,2010} = 15,83 \%$
- » $AG_{m,45-74,2010} = 19,71 \%$; $AG_{w,45-74,2010} = 20,50 \%$
- » $AG_{m,\geq 75,2010} = 3,39 \%$; $AG_{w,\geq 75,2010} = 5,82 \%$

– Alters- und Geschlechterfaktoren am 31.12.2017:

- » $AG_{m,<20,2017} = 9,51 \%$; $AG_{w,<20,2017} = 8,91 \%$
- » $AG_{m,20-44,2017} = 15,59 \%$; $AG_{w,20-44,2017} = 14,78 \%$
- » $AG_{m,45-74,2017} = 19,66 \%$; $AG_{w,45-74,2017} = 20,21 \%$
- » $AG_{m,\geq 75,2017} = 4,58 \%$; $AG_{w,\geq 75,2017} = 6,76 \%$

– Interpretation:

- » Weibliche jeweils größer als die männliche Bevölkerung
- » Demografische Alterung (m/w) im Zeitraum 2010 – 2017



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Bundesweite AG-Leistungsbedarfsfaktoren:
 - » Grundlage: Aktuelle Abrechnungsdaten (derzeit: 1/2015 – 4/2017)
 - » Bezug jeweils auf eine Arztgruppe
 - » Bezug jeweils auf eine Alters- und Geschlechtsgruppe (AG)
 - » LB einer AG jeweils relativ zum LB pro Kopf in der gesamten Bevölkerung
- Beispiel 1: AG-LBF für Hausärzte
 - » $LBF_{m,<20} = 0,253$; $LBF_{w,<20} = 0,281$
 - » $LBF_{m,20-44} = 0,554$; $LBF_{w,20-44} = 0,739$
 - » $LBF_{m,45-74} = 1,092$; $LBF_{w,45-74} = 1,265$
 - » $LBF_{m,\geq 75} = 2,285$; $LBF_{w,\geq 75} = 2,667$
- Beispiel 2: Ausgewählte AG-LBF für HNO-Ärzte
 - » $LBF_{m,<20} = 0,980$; $LBF_{w,<20} = 0,860$
 - » $LBF_{m,\geq 75} = 1,752$; $LBF_{w,\geq 75} = 1,599$

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Berechnung des bundesweiten Anpassungsfaktors AF:
 - Bezug jeweils auf eine Arztgruppe (durch die Leistungsbedarfsfaktoren)
 - Ziel: Erfassung der Veränderung des Versorgungsbedarfs
 - » aufgrund des demografischen Wandels
 - » im Zeitraum 31.12.2010 bis „aktuell“
 - Formel:
$$AF = \frac{AG_{m,<20,t=2010} \cdot LBF_{m,<20} + \dots + AG_{w,\geq 75,t=2010} \cdot LBF_{w,\geq 75}}{AG_{m,<20,t=2017} \cdot LBF_{m,<20} + \dots + AG_{w,\geq 75,t=2017} \cdot LBF_{w,\geq 75}}$$
- Interpretation, jeweils bezogen auf den Leistungsbedarf bei einer Arztgruppe:
 - Zähler: Leistungsbedarf pro Kopf (Altersstruktur 2010) x 100 %
 - Nenner: Leistungsbedarf pro Kopf (Altersstruktur 2017) x 100 %
- Ergebnisse:
 - LB pro Kopf „aktuell“ größer als 2010 → $AF < 1$
 - LB pro Kopf „aktuell“ geringer als 2010 → $AF > 1$
 - Wert von AF: Zusammenspiel LBF und Veränderung der Altersstruktur



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Allgemein gilt:
 - Ursachen von $AF < 1$:
 - » Bei mit dem Alter steigenden LBF: Bevölkerung „aktuell“ älter als 2010
 - » Bei mit dem Alter sinkenden LBF: Bevölkerung „aktuell“ jünger als 2010
 - Ursachen von $AF > 1$:
 - » Bei mit dem Alter steigenden LBF: Bevölkerung „aktuell“ jünger als 2010
 - » Bei mit dem Alter sinkenden LBF: Bevölkerung „aktuell“ älter als 2010
- Da die Bevölkerung in Deutschland altert, gilt spezieller:
 - $AF < 1$ bei mit dem Alter steigenden LBF
 - $AF > 1$ bei mit dem Alter sinkenden LBF
- Ergebnis: Allgemeine Verhältniszahl (AVZ)
 - $AVZ = \text{Basis-VZ} \cdot AF$
 - Arztgruppenspezifisch, bundesweit (nach Regionstyp, falls dies für Basis-VZ gilt)

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Spezialfälle (Auswahl):
 - Frauenärzte: Berücksichtigung nur der weiblichen Altersgruppen
 - Kinder- und Jugendärzte: Berücksichtigung nur der Altersgruppen unter 18
- Beispiel Anpassungsfaktor Hausärzte:
 - Zähler (AF): $9,56 (\%) \cdot 0,253 + \dots + 5,82 (\%) \cdot 2,667 = 96,32292 (\%)$
 - Nenner (AF): $9,51 (\%) \cdot 0,253 + \dots + 6,76 (\%) \cdot 2,667 = 99,99761 (\%)$
 - Daraus folgt: $AF = 0,96325$
- Interpretation dieses Anpassungsfaktors:
 - Im Zeitraum 2010 – 2017 ist der durchschnittliche Leistungsbedarf gestiegen
 - Gründe: Demografische Alterung, mit dem Alter steigender Leistungsbedarf
- Ergebnis:
 - Allgemeine Verhältniszahl Hausärzte, $AVZ = \text{Basis-VZ} \cdot AF$
 - Aufgrund von $\text{Basis-VZ} = 1.671$ gilt: $AVZ = 1.609$

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Schritt 2: Berechnung regionaler VZ (Reg-VZ) aus den AVZ
- Idee:
 - Berücksichtigung der regionalen Morbidität beim Versorgungsbedarf
 - Dazu weitere Unterteilung der Alters- und Geschlechtsgruppen:
 - » Anteile „erhöht morbide“ (hm) und „nicht erhöht morbide“ (nhm)
 - » „Erhöht morbide“: 2017 lagen ≥ 6 Krankheiten gemäß „RSA-Liste“ vor
 - » „RSA-Liste“: Im Risikostrukturausgleich (RSA) berücksichtigte Krankheiten
- Benötigte Informationen:
 - Morbiditätsgruppen: Bundesweite Anteile (allgemeine Differenzierungsfaktoren)
 - » Anteile <20 Jahre: $AG_{hm,m,<20}$; $AG_{nhm,m,<20}$; $AG_{hm,w,<20}$; $AG_{nhm,w,<20}$
 - » Anteile 20 – 44 Jahre: $AG_{hm,m,20-44}$; $AG_{nhm,m,20-44}$; $AG_{hm,w,20-44}$; $AG_{nhm,w,20-44}$
 - » Anteile 45 – 74 Jahre: $AG_{hm,m,45-74}$; $AG_{nhm,m,45-74}$; $AG_{hm,w,45-74}$; $AG_{nhm,w,45-74}$
 - » Anteile ≥ 75 Jahre: $AG_{hm,m,\geq 75}$; $AG_{nhm,m,\geq 75}$; $AG_{hm,w,\geq 75}$; $AG_{nhm,w,\geq 75}$
 - Quelle: Abrechnungsdaten der KBV (derzeit: 2017), „RSA-Liste“

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

– Allgemeine Differenzierungsfaktoren:

» $AG_{hm,m,<20} = 0,40 \%$;	$AG_{nhm,m,<20} = 9,01 \%$
» $AG_{hm,w,<20} = 0,38 \%$;	$AG_{nhm,w,<20} = 8,66 \%$
» $AG_{hm,m,20-44} = 1,01 \%$;	$AG_{nhm,m,20-44} = 12,77 \%$
» $AG_{hm,w,20-44} = 2,28 \%$;	$AG_{nhm,w,20-44} = 14,00 \%$
» $AG_{hm,m,45-74} = 7,12 \%$;	$AG_{nhm,m,45-74} = 10,44 \%$
» $AG_{hm,w,45-74} = 9,77 \%$;	$AG_{nhm,w,45-74} = 11,37 \%$
» $AG_{hm,m,\geq 75} = 3,77 \%$;	$AG_{nhm,m,\geq 75} = 1,22 \%$
» $AG_{hm,w,\geq 75} = 5,97 \%$;	$AG_{nhm,w,\geq 75} = 1,85 \%$

– Interpretation:

- » Anteile erhöhter Morbidität im Alter unter 20 Jahren sehr niedrig
- » Erhöhte Morbidität stark altersabhängig (bei beiden Geschlechtern)
- » Höhere Altersgruppen: Anteile w deutlich höher als Anteile m

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Morbiditätsgruppen: Regionale Differenzierungsfaktoren
 - » Bezug: Anteile in einem Planungsbereich i
 - » Anteile <20 Jahre: $AG_{hm,m,<20,i}$; $AG_{nhm,m,<20,i}$; $AG_{hm,w,<20,i}$; $AG_{nhm,w,<20,i}$
 - » Anteile 20 – 44 Jahre: $AG_{hm,m,20-44,i}$; $AG_{nhm,m,20-44,i}$; $AG_{hm,w,20-44,i}$; $AG_{nhm,w,20-44,i}$
 - » Anteile 45 – 74 Jahre: $AG_{hm,m,45-74,i}$; $AG_{nhm,m,45-74,i}$; $AG_{hm,w,45-74,i}$; $AG_{nhm,w,45-74,i}$
 - » Anteile ≥ 75 Jahre: $AG_{hm,m,\geq 75,i}$; $AG_{nhm,m,\geq 75,i}$; $AG_{hm,w,\geq 75,i}$; $AG_{nhm,w,\geq 75,i}$
- Quelle: Abrechnungsdaten (derzeit: 2017), „RSA-Liste“
- Beispiel: Regionale Differenzierungsfaktoren in einem Mittelbereich j
 - » $AG_{hm,m,<20,j} = 0,29 \%$; $AG_{nhm,m,<20,j} = 7,16 \%$
 - » $AG_{hm,w,<20,j} = 0,32 \%$; $AG_{nhm,w,<20,j} = 6,74 \%$
 - » $AG_{hm,m,20-44,j} = 1,14 \%$; $AG_{nhm,m,20-44,j} = 9,08 \%$
 - » $AG_{hm,w,20-44,j} = 2,38 \%$; $AG_{nhm,w,20-44,j} = 9,67 \%$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- » $AG_{hm,m,45-74,j} = 7,91 \%$; $AG_{nhm,m,45-74,j} = 10,41 \%$
- » $AG_{hm,w,45-74,j} = 12,36 \%$; $AG_{nhm,w,45-74,j} = 11,66 \%$
- » $AG_{hm,m,\geq 75,j} = 5,90 \%$; $AG_{nhm,m,\geq 75,j} = 2,03 \%$
- » $AG_{hm,w,\geq 75,j} = 9,85 \%$; $AG_{nhm,w,\geq 75,j} = 3,08 \%$
- Vergleich mit den allgemeinen Differenzierungsfaktoren:
 - » Bevölkerung im Planungsbereich älter
 - » Größere Anteile erhöhter Morbidität (insgesamt) bei Männern und Frauen
- Bundesweite Morbi-Leistungsbedarfsfaktoren: Jeweils
 - » Bezug jeweils auf eine Arztgruppe
 - » Bezug auf Altersgruppe, Geschlecht und Morbiditätsstatus
 - » Grundlage: Aktuelle Abrechnungsdaten (derzeit: 1/2015 – 4/2017)
 - » LB einer Morbiditätsgruppe relativ zum LB pro Kopf in der Bevölkerung

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

– Beispiel 1: Morbi-LBF für Hausärzte

» $MLBF_{hm,m,<20} = 0,469;$	$MLBF_{nhm,m,<20} = 0,247$
» $MLBF_{hm,w,<20} = 0,692;$	$MLBF_{nhm,w,<20} = 0,259$
» $MLBF_{hm,m,20-44} = 1,528;$	$MLBF_{nhm,m,20-44} = 0,555$
» $MLBF_{hm,w,20-44} = 1,408;$	$MLBF_{nhm,w,20-44} = 0,551$
» $MLBF_{hm,m,45-74} = 1,823;$	$MLBF_{nhm,m,45-74} = 0,814$
» $MLBF_{hm,w,45-74} = 1,718;$	$MLBF_{nhm,w,45-74} = 0,773$
» $MLBF_{hm,m,\geq 75} = 2,419;$	$MLBF_{nhm,m,\geq 75} = 1,114$
» $MLBF_{hm,w,\geq 75} = 2,616;$	$MLBF_{nhm,w,\geq 75} = 1,321$

– Beispiel 2: Morbi-LBF für HNO-Ärzte (Auswahl)

» $MLBF_{hm,m,<20} = 3,392;$	$MLBF_{nhm,m,<20} = 0,885$
» $MLBF_{hm,w,<20} = 2,839;$	$MLBF_{nhm,w,<20} = 0,761$
» $MLBF_{hm,m,\geq 75} = 1,897;$	$MLBF_{nhm,m,\geq 75} = 1,114$
» $MLBF_{hm,w,\geq 75} = 1,619;$	$MLBF_{nhm,w,\geq 75} = 0,625$

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Berechnung des regionalen Verteilungsfaktors VF:
 - Bezug jeweils auf eine Arztgruppe und einen Planungsbereich i
 - Ziel: Erfassung der Veränderung des Versorgungsbedarfs aufgrund
 - » der Abweichung der regionalen von der bundesweiten Altersstruktur
 - » der Abweichung der regionalen von der bundesweiten Morbidität
 - Formel:
$$VF(i) = \frac{AG_{hm,m,<20} \cdot MLBF_{hm,m,<20} + \dots + AG_{nhm,w,\geq 75} \cdot MLBF_{nhm,w,\geq 75}}{AG_{hm,m,<20,i} \cdot MLBF_{hm,m,<20} + \dots + AG_{nhm,w,\geq 75,i} \cdot MLBF_{nhm,w,\geq 75}}$$
- Interpretation, jeweils bezogen auf den Leistungsbedarf bei einer Arztgruppe:
 - Zähler: Leistungsbedarf pro Kopf (bundesweite Struktur) x 100 %
 - Nenner: Leistungsbedarf pro Kopf (regionale Struktur) x 100 %
- Ergebnisse:
 - LB pro Kopf in Planungsbereich i größer als bundesweit $\rightarrow VF(i) < 1$
 - LB pro Kopf in Planungsbereich i relativ gering $\rightarrow VF(i) > 1$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Faktoren, die relevant sind für $VF(i)$:
 - Struktur der LBF
 - Abweichungen der regionalen von den bundesweiten Differenzierungsfaktoren
- Mögliche Ursachen von $VF(i) < 1$:
 - Annahme (zur Veranschaulichung): LBF jeweils
 - » bei gegebenem Alter und Geschlecht größer für „hm“ als für „nhm“
 - » bei gegebenem Geschlecht und Morbiditätsstatus steigend im Alter
 - Höhere regionale Morbidität: Anteile „hm“ in i jeweils größer als bundesweit
 - Ältere regionale Bevölkerung: Höhere Altersklassen in i relativ stark besetzt (Anteile größer als bundesweit)
- Ergebnis: Regionale Verhältniszahl
 - $Reg-VZ(i) = AVZ \cdot VF(i)$
 - Bezug auf Arztgruppe und Planungsbereich



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Spezialfälle (Auswahl):
 - Frauenärzte: Berücksichtigung nur der weiblichen Altersgruppen
 - Kinder- und Jugendärzte: Berücksichtigung nur der Altersgruppen unter 18
- Beispiel regionaler Verteilungsfaktor Hausärzte für den Mittelbereich j:
 - Zähler (VF(j)): $0,40 (\%) \cdot 0,469 + \dots + 1,85 (\%) \cdot 1,321 = 100,06571 (\%)$
 - Nenner (VF(j)): $0,29 (\%) \cdot 0,469 + \dots + 3,08 (\%) \cdot 1,321 = 118,84329 (\%)$
 - Daraus folgt: $VF(j) = 0,84200$
- Interpretation dieses Verteilungsfaktors:
 - Im Planungsbereich j ist der durchschnittliche Leistungsbedarf höher
 - Gründe: Ältere Bevölkerung, größere (erhöhte) Morbidität
- Ergebnis für den Planungsbereich j:
 - Regionale Verhältniszahl Hausärzte: $Reg-VZ(j) = AVZ \cdot VF(j)$
 - Aufgrund von $AVZ = 1.609$ gilt: $Reg-VZ(j) = 1.354$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- ↳ Hausärztliche Versorgung, KV Bayern:
- Beispiel 1, Planungsbereich Münchberg:
 - Bedarfsplanung bis Mitte 2019:
 - » $AVZ = 1.671$
 - » $AVZ_{\text{korr}} = 1.586$
 - Bedarfsplanung ab Mitte 2019:
 - » $AVZ = 1.609$
 - » $Reg\text{-}VZ = 1.343,72$
 - Beispiel 2, Planungsbereich Scheinfeld:
 - Bedarfsplanung bis Mitte 2019:
 - » $AVZ = 1.671$
 - » $AVZ_{\text{korr}} = 1.695$
 - Bedarfsplanung ab Mitte 2019:
 - » $AVZ = 1.609$
 - » $Reg\text{-}VZ = 1.550,72$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Ermittlung des arztgruppenspezifischen regionalen Versorgungsgrads:

- Grundlage: Arztzahlen nach Bedarfsplanungsgewichten (Abb. 13)
 - Ziel: Erfassung des Umfangs der Teilnahme an der Versorgung der Arztgruppe
 - Vertragsarzt mit voller (bzw. hälftiger) Zulassung: Gewicht 1,0 (bzw. 0,5)
 - Angestellter Arzt ohne Leistungsbeschränkung:
 - » Ganztagsanstellung: Gewicht 1,0
 - » Dreivierteltagsanstellung: Gewicht 0,75
 - » Halb- (bzw. Viertel-)tagsanstellung: Gewicht 0,5 (bzw. 0,25)
 - Ein Gewicht von Null gilt für
 - » Partner-Ärzte
 - » angestellte Ärzte mit Leistungsbeschränkung
 - » ermächtigte Ärzte (bei Tätigkeitsumfang $< \frac{1}{4}$ der Vollversorgung)
- Bezug (jeweils): Arztgruppe, Planungsbereich der zugehörigen Versorgungsebene



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Tätigkeitsumfang ermächtigter Ärzte:
 - Messung anhand der relativen Fallzahl
 - Bezug:
 - » Niedergelassene Vertragsärzte der Arztgruppe im Planungsbereich
 - » Durchschnittliche Fallzahl
- Arztzahlen nach Personen und nach Bedarfsplanungsgewicht – Unterschiede
 - Bezug: Abb. 9 und 13
 - Absolute Arztzahlen nach Bedarfsplanungsgewicht geringer (teilweise deutlich)
 - Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht: Geringere Steigerungsraten z.B.
 - » für Augen-, Frauen- und Hautärzte
 - » für Kinder- und Jugendmediziner
 - Zählung nach Bedarfsplanungsgewicht: Keine ermächtigten Ärzte

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Zwischenergebnis:
 - Aktuelle Arztzahlen $A_{\text{akt}}(i)$ für die Arztgruppen
 - Grundlage: **Bedarfsplanungsgewichte**
 - Ermittlung des *aktuellen* Versorgungsgrads (Arztgruppe, Planungsbereich i)
 - Bedarfsplanung bis Mitte 2019:
 - » Vergleich von $AVZ_{\text{korr}}(i)$ und $E_{\text{akt}}(i)/A_{\text{akt}}(i)$
 - » $VG(i) = 100 \% \cdot AVZ_{\text{korr}}(i) / [E_{\text{akt}}(i)/A_{\text{akt}}(i)] = 100 \% \cdot AVZ_{\text{korr}}(i) \cdot A_{\text{akt}}(i)/E_{\text{akt}}(i)$
 - Bedarfsplanung seit Mitte 2019:
 - » Vergleich von Reg-VZ(i) und $E_{\text{akt}}(i)/A_{\text{akt}}(i)$
 - » $Reg-VG(i) = 100 \% \cdot Reg-VZ(i) / [E_{\text{akt}}(i)/A_{\text{akt}}(i)]$
 $= 100 \% \cdot Reg-VZ(i) \cdot A_{\text{akt}}(i)/E_{\text{akt}}(i)$
- Beurteilung der Versorgungssituation (Landesausschuss Ärzte und Krankenkassen):
- ↳ Bezug jeweils auf **eine Arztgruppe und auf einen Planungsbereich**

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Überversorgung:

- Feststellung von Überversorgung durch den Landesausschuss:
 - Überversorgung ist *anzunehmen* bei einem Versorgungsgrad über 110 %
 - $E_{\text{akt}}(i)/A_{\text{akt}}(i)$ ist entsprechend geringer als Reg-VZ(i)
- Zentrale Maßnahme: Anordnung von Zulassungsbeschränkungen („Sperrung“)
 - In der Regel keine Neuzulassungen für Ärzte der betreffenden Arztgruppe
 - Vorgehen, wenn die Zulassung eines Vertragsarztes endet:
 - » Nachbesetzung *kann* abgelehnt (und Arztsitz aufgekauft) werden
 - » Ausnahme z.B. für Partner-Arzt oder angestellten Arzt
 - Verschärfte Regelung, wenn der Versorgungsgrad über 140 % liegt:
 - » Nachbesetzung *soll* abgelehnt (und Arztsitz aufgekauft) werden
 - » Ausnahme: Nachbesetzung aus Versorgungsgründen erforderlich
 - » Weitere Ausnahmen: Privilegierungstatbestände (z.B. Job-Sharing)



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Unterversorgung:

- Kennzeichen:
 - Für die bedarfsgerechte Versorgung notwendige Arztsitze bleiben unbesetzt
 - Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen unzumutbar erschwert
 - Durch Ermächtigung (Ärzte/ärztlich geleitete Einrichtungen) nicht zu beheben
- Zwei Varianten: Unterversorgung, die
 - bereits eingetreten ist
 - in absehbarer Zeit eintreten wird: *Drohende* Unterversorgung
- Anhaltspunkte für (drohende) Unterversorgung:
 - Unterversorgung ist anzunehmen, wenn
 - » bei den Hausärzten der Versorgungsgrad unter 75 % liegt
 - » ansonsten der Versorgungsgrad unter 50 % liegt
 - Ermächtigte Ärzte sind hierbei nicht zu berücksichtigen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Drohende Unterversorgung ist anzunehmen, wenn
 - » eine entsprechende Verringerung der Zahl der Ärzte zu erwarten ist
 - » insbesondere die Altersstruktur der Ärzte ungünstig ist
- Dann erfolgt eine *Prüfung auf Unterversorgung* anhand verschiedener Kriterien:
 - Bei den Ärzten z.B. deren Tätigkeitsgebiet
 - Bei den Versicherten z.B.
 - » deren Anzahl und Altersstruktur
 - » deren Nachfrage nach ärztlichen Leistungen
- Wenn (ggf.: drohende) Unterversorgung *festgestellt* wird:
 - Maßnahmen zu ihrer Beseitigung:
 - » Zulassungsbeschränkungen in *anderen* Planungsbereichen
 - » Förderung der Niederlassung im unterversorgten Planungsbereich
 - Zuständig ist die betreffende KV



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ Berücksichtigung regionaler Besonderheiten:

- Voraussetzungen für Abweichungen von den bundesweiten Vorgaben:
 - Regionale Besonderheiten
 - Diese müssen versorgungsrelevant sein
- Beispiele für derartige Besonderheiten:
 - Regionale Demografie, z.B. bezüglich des Anteils älterer Menschen
 - Regionale Morbidität, z.B. bezüglich der Prävalenzraten
 - Sozioökonomische Faktoren, z.B. bezüglich der Arbeitslosigkeit
 - Räumliche Faktoren, z.B. bezüglich der geographischen Lage
 - Infrastrukturelle Besonderheiten, z.B. bezüglich der Verkehrsanbindung
- Bezug auf die Ebene einer KV:
 - KV stellt einen Bedarfsplan für die vertragsärztliche Versorgung auf
 - Abweichungen sind dort aufzuführen und zu begründen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Bedarfsplan einer KV:

- Erstellung im Einvernehmen mit den Krankenkassen, regelmäßige Anpassung
- Inhalt:
 - Grundsätze zur regionalen Versorgung
 - (optional) Abweichungen von den bundesweiten Vorgaben
 - Fachgruppenspezifische Versorgungsgrade je Planungsbereich

↪ Empirische Beispiele:

- KV Bayern, Hausärzte (Abb. 14a):
 - Planungsbereiche mit *: Häufig durch Teilung eines Mittelbereichs entstanden
 - (Drohende) Unterversorgung (Auswahl):
 - » Dinkelsbühl: Reg-VG = 91,71 %, drohende Unterversorgung
 - » Wassertrüdingen: Reg-VG = 93,64 %, drohende Unterversorgung
 - Aber: Ansbach-Nord: Reg-VG = 80,82 %, keinerlei Unterversorgung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- KV Bayern, HNO-Ärzte (Abb. 14b):
 - Legende:
 - » SK: Stadtkreis (kreisfreie Stadt mit mindestens 100.000 Einwohnern)
 - » LK: Landkreis
 - » KR: Kreisregion (kleinere kreisfreie Stadt mit umgebendem Landkreis)
 - Reg-VZ je nach Regionstyp j ($j = 1, \dots, 5$)
 - SK Regensburg ($j=1$): Reg-VG = 176,74 % (gesperrt)
 - LK Neu-Ulm ($j=2$): Reg-VG = 111,56 % (gesperrt)
 - LK Main-Spessart ($j=4$): Reg-VG = 51,78 %, drohende Unterversorgung
- KV Mecklenburg-Vorpommern, Hausärzte: 27 Planungsbereiche (Abb. 14c)
 - Davon sind 7 gesperrt (darunter: Neubrandenburg (Stadt))
 - Für 14 wurde drohende Unterversorgung festgestellt (darunter: Nbb (Stadt))
 - Übrige: Bergen, Grevesm., Hagenow, Ludwigslust, Teterow, Ueckerm., Wismar



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- ↪ Beispiele für Abweichungen von den bundesweiten Vorgaben:
- Hausärztliche Versorgung, KV Mecklenburg-Vorpommern:
 - Teilung der Mittelbereiche, die ein Oberzentrum enthalten:
 - » Oberzentren: Greifswald/Stralsund, Neubrandenburg, Rostock, Schwerin
 - » Ergebnis: 22 Mittelbereiche, aber derzeit 27 Planungsbereiche
 - Verhältniszahl:
 - » In der Regel Anwendung von Reg-VZ
 - » In den Oberzentren wird stattdessen die AVZ verwendet
 - Allgemeine fachärztliche Versorgung, KV Mecklenburg-Vorpommern:
 - Planungsbereiche nach den bundesweiten Vorgaben: 7 Kreisregionen
 - Bedarfsplanung: Kreisregionen vor der Kreisgebietsreform:
 - » Rostock plus 12 Landkreise bzw. Kreisregionen
 - » Insgesamt 13 Planungsbereiche



Vergütung

- Wichtige Beziehungen in der vertragsärztlichen Versorgung (Abb. 15):
 - ↳ Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung und Versicherte der GKV:
 - Keine (direkte) vertragliche Beziehung
 - Ein Versicherter hat gegenüber seiner Krankenkasse Anspruch auf Behandlung
 - Die Teilnehmer sind als Mitglieder einer KV zur Behandlung verpflichtet
 - ↳ Bundesmantelvertrag (KBV und GKV-Spitzenverband)
 - Inhalt (Auswahl):
 - Inhalt, Umfang, Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung
 - Vertragsärztliche Leistungen (einschließlich: Abrechnung)
 - Anlagen (Auswahl)
 - » zur Delegation von Leistungen (Delegations-Vereinbarung)
 - » Vereinbarung über telemedizinische Leistungen
 - Grundlage der vertragsärztlichen Versorgung



Vergütung

↪ KV und Landesverbände der Krankenkassen sowie Ersatzkassen → *Gesamtvertrag*:

- Vertrag legt u.a. fest, wie sich die *Gesamtvergütung* einer Kasse ergibt
- Gesamtvergütung:
 - Zahlung einer Kasse „mit befreiender Wirkung“ an die KV
 - Deckt alle Honoraransprüche gegenüber der Kasse ab, die Mitgliedsärzten der KV aufgrund der Behandlung von Versicherten entstanden sind
- Gesamtvertrag als Kollektivvertrag
- Alternative: Selektivvertrag (zwischen einer Kasse und (Gruppen von) Ärzten)

↪ Honorarverteilung:

- Verteilung des Honorars durch die KV an die Mitgliedsärzte
- Grundlage: Regionaler *Honorarverteilungsmaßstab* (HVM), festgelegt im Benehmen
 - mit den Landesverbänden der Krankenkassen
 - mit den Ersatzkassen



Vergütung

➤ Grundlegende Aspekte:

↪ Zweistufiges Vergütungssystem:

- Erste Stufe: Krankenkasse zahlt eine Gesamtvergütung an die KV
- Zweite Stufe: KV verteilt das Honorar an die Mitgliedsärzte

↪ Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM, Abb. 16): Katalog, der

- alle Leistungen aufführt, die Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung erbringen und zu Lasten der GKV abrechnen dürfen (Bezug: Regelversorgung)
- auch Bedingungen angibt, unter denen eine Leistung abgerechnet werden darf
- bei den Gebührenordnungspositionen (GOP) jeweils
 - eine Punktzahl angibt, die deren *relativen Wert* bezeichnet (kein Honorar!)
 - seit einiger Zeit auch die zugehörige Vergütung angibt (die *in der Regel* gilt)

↪ Zu unterscheiden:

- *Honorar* aus GKV-Tätigkeit und
- *Einkommen* aus GKV-Tätigkeit (als Saldo aus Honorar und Praxiskosten)



Vergütung

↪ Kriterien zur Beurteilung von Vergütungsformen:

- Finanzielles Risiko einer Krankenkasse:
 - Bezug: Höhe der Gesamtvergütung
 - Kalkulierbarkeit der Ausgaben für die vertragsärztliche Versorgung?
- Finanzielles Risiko eines Vertragsarztes:
 - Bezüge: Höhe des Honorars
 - » für einzelne Leistungen
 - » aus GKV-Tätigkeit
 - Kalkulierbarkeit des Einkommens aus GKV-Tätigkeit? Finanzieller Anreiz?

↪ Prototypische Vergütungsformen:

- Reine Einzelleistungsvergütung (Einzelleistungsvergütung ohne Pauschalierung)
- Modifizierte Einzelleistungsvergütung (Einzelleistungsvergütung mit Pauschalierung)

↪ Weiterentwicklungen: Mischformen, Regelleistungsvolumina



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

➤ Einzelleistungsvergütung:

↪ Grundgleichung
$$GV = \sum_j \sum_i N_{ji} \cdot PZ_i \cdot PW = \sum_j GPZ_j \cdot PW$$

↪ Hierbei gilt:

- GV: Gesamtvergütung
- PZ_i : Punktzahl der Leistung bzw. GOP i (laut EBM)
- N_{ji} : Anzahl der Leistung i, die Vertragsarzt j im Abrechnungszeitraum an Versicherten der betreffenden Krankenkasse erbracht hat
- GPZ_j : Punktzahl, gibt die gesamte Leistungsmenge von Vertragsarzt j an
- PW: Punktwert, gibt den Wert eines Punktes in Geldeinheiten an

↪ Bezug: GV, die eine Krankenkasse an eine KV zahlt

↪ Diese Grundgleichung gilt für alle Formen der Einzelleistungsvergütung:

- Reine Einzelleistungsvergütung: PW ex ante fest, GV ex post bestimmbar
- Modifizierte Einzelleistungsvergütung: PW erst ex post bestimmbar



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

➤ Reine Einzelleistungsvergütung:

↳ Kennzeichen:

- Vereinbarung eines festen Punktwerts, zu dem jede Leistung entgolten wird
- Keinerlei Mengensteuerung
- Auf beiden Stufen erfolgt die Vergütung nach denselben Kriterien

↳ Folgen:

- Der Arzt kennt sein Honorar zum Zeitpunkt der Leistungserbringung
- Die Höhe der Gesamtvergütung ergibt sich erst im Nachhinein

↳ Finanzielles Risiko

- für die Krankenkassen:
 - Die Gesamtvergütung hängt ab
 - » von der Morbidität und dem Verhalten der Versicherten
 - » vom Verhalten der Vertragsärzte
 - Gefahr hoher Ausgaben sowie einer deutlichen Erhöhung im Zeitverlauf



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- für die Vertragsärzte: In Bezug auf
 - die einzelne Leistung kein Honorarrisiko
 - die gesamte Leistungsmenge: Honorar und damit auch Einkommen variabel

↪ Finanzielle Anreize für die Vertragsärzte:

- Wenn ein Vertragsarzt an einem Patienten zusätzliche Leistungen erbringt,
 - verändert sich der Punktwert nicht
 - bleibt das Honorar, das andere Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung für ihre Leistungen erhalten, unverändert
- Das Honorar, das ein Vertragsarzt für seine Leistungen erhält, hängt somit nicht vom Verhalten anderer Vertragsärzte ab
- Auswirkungen eines zusätzlichen Mitgliedsarztes k der KV:
 - Wenn dieser ausschließlich zusätzliche Leistungen erbringt,
 - » verändern sich die Honorare der übrigen Vertragsärzte nicht
 - » erhöht sich die Gesamtvergütung um das Honorar von k



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- Wenn dieser ausschließlich substitutiv Leistungen erbringt,
 - » sinken die Honorare der übrigen Vertragsärzte um das Honorar von k
 - » verändert sich die Gesamtvergütung nicht
- Im allgemeinen Fall gilt: Insoweit k Leistungen
 - » zusätzlich erbringt, steigt die Gesamtvergütung
 - » substitutiv erbringt, sinken die Honorare der übrigen Vertragsärzte

➤ Modifizierte Einzelleistungsvergütung:

↪ Varianten:

- Variante 1: Gesamtvergütung als Festbetrag
- Variante 2:
 - Gesamtvergütung auf der Basis einer Pauschale pro Mitglied
 - „Kopfpauschale“ im ambulanten Bereich



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- Variante 3:
 - Gesamtvergütung auf der Basis einer Pauschale pro Arztfall
 - „Fallpauschale“ im ambulanten Bereich
 - „Arztfall“: Gesamte Behandlung, die derselbe Arzt an demselben Patienten in demselben Quartals zu Lasten derselben Kasse leistet
- Kennzeichen: Jeweils keine unmittelbare Mengensteuerung

↳ Folgen:

- Der Punktwert kann erst ex post ermittelt werden
- Zum Zeitpunkt der Leistungserbringung kennt der Vertragsarzt sein Honorar nicht
- Finanzielles Risiko für die Krankenkasse:
 - Bei Variante 1 nicht vorhanden
 - Bei Variante 2 nur aufgrund von Veränderungen ihrer Mitgliederzahl



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- Variante 3:
 - » Finanzielles Risiko aufgrund der Fallzahl
 - » Die Fallzahl hängt z.B. ab (1) von der Morbidität der Versicherten oder (2) vom Überweisungsverhalten der Vertragsärzte
- Zwischenergebnis: Die Gesamtvergütung hängt
 - entweder gar nicht oder nur in sehr grober Form
 - von Art und Umfang der erbrachten Leistungen ab

↳ Folgen für den Vertragsarzt:

- Erbringung *einer* zusätzlichen Leistung an *einem* Patienten:
 - Der Punktwert sinkt, da die gesamte Leistungsmenge aller Vertragsärzte bei unveränderter Gesamtvergütung steigt
 - Die Honorare aller übrigen Vertragsärzte sinken
 - Das Honorar des betrachteten Vertragsarztes steigt
 - Grund: Effekt der Leistungsmenge dominiert den Effekt des Punktwerts



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- „Hamsterrad-Effekt“:
 - Unter sonst gleichen Voraussetzungen ist es für den einzelnen Vertragsarzt finanziell attraktiv, zusätzliche Leistungen an seinen Patienten zu erbringen:
 - » Höheres Honorar
 - » Nur geringfügig höhere Praxiskosten (kurzfristig überwiegend fix)
 - Wenn aber alle Vertragsärzte „in die Menge gehen“,
 - » fallen bei unverändertem Honorar die Praxiskosten höher aus
 - » verringert sich das Einkommen pro Arzt
- Ergebnisse:
 - Finanzieller Anreiz zu wirtschaftlich bedingter Erhöhung der Leistungen
 - Verfall des Punktwerts im Zeitverlauf
 - Individuell rationales Verhalten stellt die Vertragsärzte als Gruppe schlechter
 - Aus Sicht der Vertragsärzte werden ineffizient viele Leistungen erbracht



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

↪ Effekte aufgrund eines zusätzlichen Mitgliedsarztes der KV:

- Bei ausschließlich substitutiver Leistungserbringung
 - bleibt der Punktwert unverändert
 - besteht kein Unterschied zur reinen Einzelleistungsvergütung
- Bei ausschließlich zusätzlicher Leistungserbringung
 - sinkt der Punktwert bei den Varianten 1 und 2
 - ist der Punktwert-Effekt bei Variante 3 unklar
- Allgemein: Für Vertragsärzte ungünstiger als die reine Einzelleistungsvergütung,
 - insoweit Leistungen zusätzlich erbracht werden
 - da sich infolgedessen der Punktwert verringert

↪ Empirische Relevanz:

- Früher beruhte die Gesamtvergütung auf kassenspezifischen Kopfpauschalen
- Häufige Klagen über den „Hamsterrad-Effekt“



Reine und modifizierte Einzelleistungsvergütung

- Beispiel für eine Mischform:
 - ↳ Relevant für die Honorarverteilung
 - ↳ Bezogen auf Arztgruppen:
 - Bildung von Arztgruppen, z.B.
 - „Hausärzte“
 - „Fachärzte“ (ggf. weiter differenziert)
 - Die Aufteilung der Gesamtvergütung nach einem festem Schlüssel führt zu
 - separaten Honorartöpfen für die betreffenden Arztgruppen
 - einem spezifischen Punktwert für die Leistungen einer Arztgruppe
 - Folgen für die Steuerung:
 - Bezug auf kleinere und relativ homogene Arztgruppen
 - Wirtschaftlich bedingte Mengenausweitung einfacher zu identifizieren
 - Geringerer finanzieller Anreiz zur Mengenausweitung



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

➤ Elemente der aktuellen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen:

↳ Kennzeichen:

- Einführung zum 01.01.2009
- Gesetzliche Grundlagen (Auswahl): § 87 sowie §§ 87a-b SGB V
- Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung auf beiden Stufen:
 - Festlegung und Entwicklung der Gesamtvergütung
 - Honorarverteilung

↳ Ziele:

- Orientierung der Gesamtvergütung an der Morbidität der Versicherten
- Vergütung von Leistungen *überwiegend* zu einem vorab festgelegten Punktwert
- Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit:
 - Begrenzung der Leistungsmenge pro Fall (im Durchschnitt)
 - Begrenzung der Leistungsmenge insgesamt (Fallzahl)



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

↪ Die Gesamtvergütung

- besteht grundsätzlich aus zwei Komponenten:
 - Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)
 - Extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)
- kann unter Umständen ex post noch durch eine Erhöhung der MGV steigen

↪ Honorarverteilungsmaßstab (HVM):

- Verteilung der *MGV* auf die Ärzte nach Arztgruppen in einer KV
- *Regelleistungsvolumina* als zentrales Instrument

↪ Ausgangspunkt: EBM,

- der die vertragsärztlichen Leistungen abbildet getrennt nach
 - arztgruppenübergreifenden GOP
 - hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung
- der die Bewertung der Leistungen mit Punktzahlen *und* Euro-Beträgen angibt



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- dessen Euro-Beträge auf einem *bundeseinheitlichen Orientierungswert* beruhen:
 - Jährlich festzulegen bis zum 31.08. für das Folgejahr
 - Für die Anpassung im Zeitverlauf relevante Faktoren (Auswahl):
 - » Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten von Arztpraxen
 - » Kostendegression bei Fallzahlsteigerungen

↳ Umsetzung Stufe 1: Gesamtvergütung

- Die KV und die Verbände der Krankenkassen vereinbaren auf Landesebene bis zum 31.10. für das Folgejahr
 - einen *regionalen Punktwert*, der
 - » vom Orientierungswert abweichen *kann*
 - » mit dem EBM die *regionale Euro-Gebührenordnung* bildet
 - die MGV und deren Aufteilung auf die Kassen
 - Grundlagen der EGV (Leistungen, Punktwerte)



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:
 - Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf der Versicherten:
 - » Basis: Aktueller Behandlungsbedarf (Leistungsmenge in Punkten)
 - » Anpassung im Zeitverlauf ist zu vereinbaren
 - Bei der *Anpassung im Zeitverlauf* u.a. zu berücksichtigen: Veränderungen
 - » von Anzahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten
 - » von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen, soweit diese z.B. auf einer Änderung des Leistungsumfangs der Krankenkassen beruhen
 - » des Leistungsumfangs aufgrund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor
 - Berücksichtigung von Veränderungen der Morbidität der Versicherten:
 - » Alter und Geschlecht der Versicherten (Demografie-Rate)
 - » Behandlungsdiagnosen (diagnosebezogene Rate)



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Bewertung des Behandlungsbedarfs mit dem regionalen Punktwert:
 - » Grundlage: Orientierungswert
 - » Zu- oder Abschlag aufgrund regionaler Besonderheiten möglich
 - » Zuschlag auch für einzelne Leistungen möglich (z.B. bei Unterversorgung)
- Veränderung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ex post:
 - Kennzeichen:
 - » Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nicht vorhersehbar
 - » Unterjährige Erhöhung der MGV zur Finanzierung zusätzlicher Leistungen
 - Verfahren: Festlegung
 - » von Kriterien, die den zusätzlichen Behandlungsbedarf messen
 - » der Vergütung der zusätzlich benötigten Leistungen
 - Grund (z.B.): Ausnahmeereignisse (Epidemien, Naturkatastrophen)

Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- EGV (Vergütung vertragsärztlicher Leistungen *außerhalb* der MGV):
 - Die Vergütung erfolgt zu festen Punktwerten ohne Mengenbegrenzung
 - Bezug: Besonders förderungswürdige Leistungen (z.B. ambulante Operationen)
- ↪ Umsetzung Stufe 2: Honorarverteilung über Regelleistungsvolumina (RLV)
 - Von der MGV zum RLV-Vergütungsvolumen einer Arztgruppe (Abb. 17a):
 - (Schritt 1) MGV finanziert:
 - » Strukturfonds der KV (0,1 % der MGV, ab 01.07.2020: 0,2 %)
 - » Bestimmte Laborleistungen (ggf. quotiert)
 - » Bereitschaftsdienst und Notfälle (ohne Quotierung)
 - » Hausärztliches und fachärztliches Vergütungsvolumen
 - (Schritt 2) Haus- bzw. fachärztliches Vergütungsvolumen finanziert (jeweils):
 - » Verschiedene Leistungen (ggf. quotiert)
 - » Arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- (Schritt 3) Arztgruppenspezifisches Vergütungsvolumen finanziert:
 - » RLV-Vergütungsvolumen / QZV-Vergütungsvolumen
 - » Volumen für abgestaffelte Leistungen (RLV/QZV)
 - » Weitere Leistungen (ggf. quotiert)
- QZV: Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina
- Vergütung von Leistungen, die ggf. quotiert sind:
 - Es handelt sich um „freie Leistungen“ innerhalb der MGV
 - Kennzeichen:
 - » Vereinbarung eines festen Punktwerts
 - » Begrenztes Honorarvolumen
 - Wenn die Honorarforderungen (HF) das Honorarvolumen (HV)
 - » nicht übersteigen: Volle Bedienung der Honorarforderungen
 - » übersteigen: Auszahlung der Quote (HV/HF) der Honorarforderungen



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Kennzeichen eines RLV:
 - Bezug:
 - » Praxis, BAG oder MVZ und, daraus abgeleitet, Arzt
 - » Kurativ-ambulante Behandlungsfälle (RLV-Fälle)
 - Geldbetrag → Vergütung von RLV-Leistungen zum vereinbarten Punktwert
 - Förderung von kooperativen Strukturen:
 - » Bezug: Praxis mit angestellten Ärzten, BAG, MVZ
 - » Praxis-RLV: Zuschlag in Abhängigkeit vom Kooperationsgrad
- Im Folgenden: Betrachtung einer Einzelpraxis
- RLV (Arzt):
 - Produkt der Komponenten *Fallwert*, *Fallzahl* und *Altersfaktor*
 - Bezug jeweils auf eine Arztgruppe und eine KV



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Komponente Fallwert:
 - Quotient aus
 - » RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe
 - » RLV-Fallzahl der Arztgruppe
 - Bezug der Fallzahl (in der Regel): Vorjahresquartal
- Komponente Fallzahl:
 - Bezug (in der Regel): Anzahl der RLV-Fälle im Vorjahresquartal (VJQ)
 - Ergänzend: Regelungen zur Begrenzung des Fallzahlzuwachses
 - Beispiel KV Baden-Württemberg:
 - » Basis: Eigene RLV-Fälle im Vorvorjahresquartal (VVJQ)
 - » Regelung bei Anstieg der \emptyset Fallzahl der Arztgruppe (VVJQ \rightarrow VJQ) $\geq 1\%$
 - » Zuwachs Fallzahl Arzt maximal 3 % der \emptyset Fallzahl (Arztgruppe) im VJQ
 - » Basis bei Ärzten mit kleiner Fallzahl: \emptyset Fallzahl (Arztgruppe) im VVJQ



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Fallwertminderung:
 - Bezug: Durchschnittliche Anzahl RLV-Fälle der Arztgruppe (Referenzgröße)
 - Für die RLV-Fälle relativ zur Referenzgröße
 - » bis zu einer Grenze (die über 100 % liegt) gilt der Fallwert
 - » oberhalb der Grenze gilt nur ein geminderter Fallwert
- Beispiel KV Berlin (2021):
 - Bezug: Alle Arztgruppen, für die RLV zugewiesen werden
 - Die Fallwertminderung beträgt
 - » 25 % für die Fälle zwischen 150 % und 170 % der Referenzgröße
 - » 50 % für die Fälle zwischen 170 % und 200 % der Referenzgröße
 - » 75 % für die Fälle über 200 % der Referenzgröße
- Beispiel KV Baden-Württemberg (2021):
 - Bezug: Alle Arztgruppen, die zum fachärztlichen Versorgungsbereich zählen
 - Fallwertminderung: 50 % für Fälle über 200 % der Referenzgröße



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Komponente Altersfaktor:
 - Ziel: Berücksichtigung altersbedingter Unterschiede des Behandlungsbedarfs
 - Altersfaktor als Quotient folgender Größen:
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten (Altersstruktur Arztfälle)
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten (Arztgruppe)
 - Grundlage: Abrechnungsdaten der KV, Arztfälle (jeweils Vorjahr)
- Beispiel:
 - Daten für eine Arztgruppe einer KV:
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten, Alter 0-5 Jahre: 200 Punkte
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten, Alter 6-59 Jahre: 400 Punkte
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten, Alter 60+: 500 Punkte
 - » Altersstruktur der Versicherten: 0-5 Jahre → 20 %; Alter 60+ → 40 %
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten: 400 Punkte



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- Daten für einen Arzt dieser Arztgruppe:
 - » Altersstruktur der Versicherten: 0-5 Jahre → 10 %; Alter 60+ → 60 %
 - » Ø Leistungsbedarf je Versicherten: 440 Punkte
- Daraus folgt: Altersfaktor des Arztes: 1,1
- Vergütung von Leistungen an RLV-Fällen:
 - *Vollständige Verrechenbarkeit:*
 - » Bezug: Überschreitung des Fallwerts bei einem Fall
 - » Kompensation möglich durch Unterschreitungen bei anderen Fällen
 - *Insoweit* werden alle Leistungen zum vereinbarten Punktwert vergütet
- Mehrleistungen:
 - Leistungen, die im RLV wegen Ausschöpfung nicht vergütet werden können
 - Vergütung zu einem abgestaffelten Punktwert (*Mehrleistungspunktwert*), der
 - » für die zugehörige Leistungsmenge aller Ärzte der Arztgruppe gilt
 - » anhand des dafür vorgesehenen Vergütungsvolumens ermittelt wird



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- ↪ Die Zusammensetzung des ärztlichen Honorars (Abb. 17b):
- Das Honorar entsteht aus
 - der Vergütung privatärztlicher Leistungen („Privateinnahmen“)
 - der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen („GKV-Einnahmen“)
 - Die Vergütung der vertragsärztlichen Tätigkeit erfolgt (Auswahl)
 - teilweise aus dem MGV-Anteil einer Arztgruppe
 - » Leistungen, die durch das RLV abgedeckt sind
 - » Punktwert: Fest oder abgestaffelt
 - teilweise aus der MGV insgesamt:
 - » Freie Leistungen I: Vergütung zu festem/floatendem Punktwert
 - » Abhängig von Quotierung und Überschreitung des zugehörigen Budgets
 - teilweise außerhalb der MGV im Rahmen der EGV:
 - » Freie Leistungen II: Vergütung zu festem Punktwert
 - » Keine Mengenbegrenzung bzw. Quotierung



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

↳ Risikoaspekte bei der MGV:

- Krankenkassen: Nahezu kein finanzielles Risiko
- Ein Honorarrisiko für den Vertragsarzt besteht
 - nicht bei Leistungen, die innerhalb seines RLV erbracht werden
 - bei Mehrleistungen
 - bei freien Leistungen I, wenn und soweit diese quotiert werden
- Freie Leistungen I: Zusätzliche Leistungen eines Vertragsarztes verringern ggf.
 - die Vergütung aller Arztgruppen
 - (nur) die Vergütung der Arztgruppen des haus- oder fachärztlichen Bereichs
 - (nur) die Vergütung der Ärzte derselben Arztgruppe

↳ Risikoaspekte bei den freien Leistungen II (EGV):

- Kein Honorarrisiko für die Vertragsärzte
- Das finanzielle Risiko tragen die Krankenkassen



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

↪ Exkurs: Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)

- Kennzeichen:
 - Arztgruppenspezifisch
 - Geldbetrag zur Vergütung bestimmter Leistungen zu vereinbartem Punktwert
 - Bezug auf Ärzte, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen:
 - » Entsprechende Gebiets- oder Zusatzbezeichnung
 - » Genehmigung durch die KV
 - » Leistungen, die unter ein QZV fallen, sind im Vorjahr erbracht worden oder sollen im laufenden Jahr neu erbracht werden
 - Ermittlung als Produkt aus einem Fallwert und einer Fallzahl
- Beziehungen zwischen den Leistungen von RLV und QZV:
 - Gegenseitige Verrechenbarkeit (soweit RLV oder QZV nicht ausgeschöpft)
 - Ansonsten: Vergütung zum Mehrleistungspunktwert



Kennzeichen des aktuellen Vergütungssystems

- ↪ Beispiel GKV-Abrechnung der KV Baden-Württemberg (Abb. 18):
- Bezug: Alle Krankenkassen, 3. Quartal 2019
 - Aus der MGV wurden finanziert
 - Leistungen im Vorwegabzug (alle Arztgruppen):
 - » Notfall- bzw. Bereitschaftsdienst
 - » Bestimmte Laborleistungen
 - freie Leistungen I:
 - » Zu festem Punktwert, aber mit Mengenbegrenzung
 - » Versorgungsbereich- oder arztgruppenspezifisch
 - Leistungen von RLV/QZV (einschließlich Mehrleistungen)
 - Aus der EGV wurden, getrennt nach Versorgungsbereichen, z. B. finanziert
 - Leistungen der Prävention
 - Ambulantes Operieren



Exkurs: Vergütung privatärztlicher Leistungen

- Vergütung privatärztlicher Leistungen:
 - ↪ Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) als Katalog abrechnungsfähiger Leistungen
 - ↪ Vergütung einer Leistung:
 - Ausgangspunkt: *Gebührensatz* als Produkt aus
 - leistungsabhängiger Punktzahl und
 - bundeseinheitlichem Punktwert (ca. 5,83 Cent)
 - Die Höhe der Gebühr ergibt sich als Vielfaches des Gebührensatzes:
 - Grundsätzlich ist folgende Spanne anzuwenden: 1,0 – 3,5
 - Für drei Leistungsgruppen (betrifft z.B. Röntgen, CT, MRT): 1,0 – 2,5
 - Für Laboruntersuchungen: 1,0 – 1,3
 - Festlegung der Gebühren:
 - Schwierigkeit und Zeitaufwand der Leistung sind zu berücksichtigen



Exkurs: Vergütung privatärztlicher Leistungen

- Begründung nötig, wenn die Gebühr mehr beträgt als
 - » das 2,3-fache des Gebührensatzes (grundsätzlich)
 - » das 1,8-fache des Gebührensatzes (drei Leistungsgruppen)
 - » das 1,15-fache des Gebührensatzes (Labor)

↪ Bezug:

- Leistungen für Versicherte der PKV
- Leistungen für Versicherte der GKV, die
 - *nicht* im EBM enthalten sind: IGeL (Individuelle Gesundheits-Leistungen)
 - die Versicherten aufgrund einer Vereinbarung mit dem Arzt selbst bezahlen

↪ Insgesamt liegt eine reine Einzelleistungsvergütung vor:

- Der Arzt kennt sein Honorar zum Zeitpunkt der Leistungserbringung
- Keine regionale Differenzierung
- Zusätzlicher Entscheidungsspielraum des Arztes: Festlegung der Gebühr



Vertiefende Literatur

- Gemeinsamer Bundesausschuss**, Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), zuletzt geändert am 17. Dezember 2020, in Kraft getreten am 18. Februar 2021
- Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H.**, Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 7. Aufl., Stuttgart u.a.O. 2013, Kap. 6
- Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg** (Hrsg.), Hinweise zur Abrechnung der KV Baden-Württemberg, Abrechnungsquartal 3/2019
- Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern**, Kassenärztliche Versorgung: Bekanntmachung des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen, Journal Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Februar 2021, S. 5-10
- Kopetsch, T.**, Personalmanagement in Arztpraxen und Ärztenetzen, in: Busse, R., Schreyögg, J., Stargardt, T. (Hrsg.), Management im Gesundheitswesen, 4. Aufl., Springer Verlag Berlin 2017, S. 388-404.
- Simon, M.**, Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., Bern 2017, Kap. 5



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Stationäre Einrichtungen:

↳ Krankenhäuser (Anzahl 2018: 1.925)

- Kennzeichen nach § 2 Absatz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz:
 - Ärztliche und pflegerische Hilfeleistung
 - Ziele:
 - » Feststellung/Heilung/Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden
 - » Geburtshilfe
 - Unterbringung und Verpflegung von Patienten
- Arten:
 - Allgemeine Krankenhäuser (Anzahl 2018: 1.585)
 - Sonstige Krankenhäuser (Anzahl 2018: 340): Krankenhäuser
 - » zum Beispiel mit „ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen Betten“ oder anderweitig spezialisiert (2018: 279)
 - » die reine Tages- oder Nachtkliniken sind (2018: 61)



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

↳ Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

- Kennzeichen nach § 107(2) SGB V mit Bezug auf Patienten:
 - Stationäre Behandlung zur Vorsorge oder Rehabilitation
 - Verbesserung des Gesundheitszustands nach ärztlichen Behandlungsplan
 - Unterbringung und Verpflegung
- Anzahl 2018: 1.126

↳ (Pflegeheime)

- Kennzeichen:
 - Keine akute Behandlung erforderlich
 - Dauerhafte Pflege
- Statistik des Statistischen Bundesamts: Nicht als stationäre Einrichtungen erfasst
- Ausweis in separater Statistik



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Entwicklung von Krankenhäusern sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen:
 - ↪ Veränderung der Anzahl der Einrichtungen
 - ↪ Veränderung von Indikatoren des Angebots bzw. der Leistungen:
 - Bettenzahl
 - Fallzahl
 - Anzahl der Pflgetage bzw. Berechnungs-/Belegungstage
- Entwicklung der Krankenhäuser im Zeitraum ab 1991 (Abb. 19):
 - ↪ Anzahl der aufgestellten Betten rückläufig
 - ↪ Fallzahl:
 - Fall: Patient mit vollstationärer Behandlung (seit 2002 inklusive „Stundenfälle“)
 - Überwiegend steigend
 - ↪ Anzahl der Berechnungs- und Belegungstage:
 - Je Fall: Aufnahme- plus weitere Aufenthaltstage ohne Entlassungs-/Verlegungstage



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Berechnungstage:
 - Tage, für die ein tagesgleicher Pflegesatz berechnet wurde
 - Abteilungs-, Basispflegesatz oder teilstationäre Pflegesätze
- Belegungstage:
 - Tage, an denen ein aufgestelltes Bett vollstationär belegt wurde
 - Im Rahmen des DRG-Entgeltsystems äquivalent zu den Berechnungstagen
- Entwicklung: Insgesamt rückläufig, in den letzten Jahren (nahezu) konstant
- ↪ Durchschnittliche Verweildauer:
 - Quotient aus Summe Berechnungs-/Belegungstage und Fallzahl
 - Stark rückläufig
- ↪ Durchschnittliche Bettenauslastung:
 - Quotient aus Summe Berechnungs-/Belegungstage und möglichen „Bettentagen“
 - Insgesamt gesunken, in den letzten Jahren kaum verändert



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Entwicklung der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ab 1991 (Abb. 20):
 - ↪ Aufgestellte Betten: Zunächst steigend, dann rückläufig
 - ↪ Zahl der Fälle (Patienten):
 - Fall: Aufnahme in den vollstationären Bereich der Einrichtung
 - Mit schwankender Tendenz, 2018 deutlich höher als 1991
 - ↪ Pfl egetage:
 - Aufnahmetag plus weitere Aufenthaltstage ohne Entlassungs-/Verlegungstage
 - Entwicklung zunächst sehr wechselhaft, dann per Saldo Zunahme
 - ↪ Durchschnittliche Verweildauer (Pfl egetage pro Fall):
 - Erst stark rückläufig, seit 2001 kaum verändert
 - Absoluter Wert: Deutlich höher als in Krankenhäusern
 - ↪ Durchschnittliche Bettenauslastung:
 - Zunächst rückläufig (inkl. Sonderfall 1997), zuletzt wieder ansteigend
 - Absoluter Wert: Aktuell höher als in Krankenhäusern



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Einteilungen der Krankenhäuser:

↳ Nach Art des (überwiegend beteiligten) Trägers und der Rechtsform 1991 – 2018:

- Öffentliche Krankenhäuser:
 - Verringerung des Anteils von 46,0 % auf 28,7 %
 - Im Durchschnitt knapp 433 Betten pro Einrichtung (2018)
 - In öffentlich-rechtlicher Form,
 - » entweder rechtlich unselbständig (z.B. Regiebetrieb), starker Rückgang
 - » oder rechtlich selbständig (z.B. Stiftung), leichter Anstieg
 - In privatrechtlicher Form (z.B. GmbH), Tendenz zuletzt leicht fallend
- Freigemeinnützige Krankenhäuser:
 - Verringerung des Anteils von 39,1 % auf 33,8 %
 - Im Durchschnitt gut 252 Betten pro Einrichtung (2018)



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Private Krankenhäuser:
 - Erhöhung von 14,8 % auf 37,6 %
 - Im Durchschnitt knapp 132 Betten pro Einrichtung (2018)

↪ Nach der Größe:

- Anzahl der Betten als Kriterium
- Beispiele:
 - Kleinst-Kh (≤ 50 Betten)
 - Mittlere Kh (201 – 400 Betten)
 - Großkrankenhäuser (> 650 Betten)

↪ Nach der Versorgungsstufe:

- Für die Einordnung relevant: Anzahl der Fachabteilungen, Großgeräte
- Beispiel: Grund-, Regel-, Schwerpunkt-, Maximalversorgung
- Keine einheitliche Kategorisierung in den Bundesländern
- Nicht in allen Bundesländern (z.B. nicht in Mecklenburg-Vorpommern)



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

↪ *Allgemeine* Krankenhäuser nach der Art der Zulassung:

- Bedeutung:
 - (gesetzliche) Krankenkassen dürfen Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen lassen (§ 108 SGB V)
 - Bezug: Versorgung von Versicherten der GKV
- Hochschulkliniken/Universitätsklinika:
 - Nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt
 - Daten 2018: 35 Krankenhäuser ($\approx 2,2$ %) mit 45.491 Betten ($\approx 10,1$ %)
- Plankrankenhäuser:
 - Häuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind
 - Daten 2018: 1.314 Krankenhäuser ($\approx 82,9$ %) mit 398.009 Betten ($\approx 87,7$ %)
- (Weitere) Krankenhäuser mit Versorgungsvertrag:
 - Vertragspartner: Landesverbände Krankenkassen, Verbände Ersatzkassen
 - Daten 2018: 76 Krankenhäuser ($\approx 4,8$ %) mit 4.457 Betten ($\approx 1,7$ %)



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Krankenhäuser ohne Versorgungsvertrag:
 - Nicht zugelassen zur Versorgung von Versicherten der GKV
 - Daten 2018: 160 Krankenhäuser ($\approx 10,1$ %) mit 2.275 Betten ($\approx 0,5$ %)

↪ Allgemeine Krankenhäuser nach der Förderung:

- Geförderte Krankenhäuser:
 - *Jedes* Bett wird gefördert (nach landesrechtlichen Vorschriften oder nach KHG)
 - Daten 2018: 1.200 Krankenhäuser ($\approx 75,7$ %) mit 402.132 Betten ($\approx 89,0$ %)
- Teilweise geförderte Krankenhäuser:
 - Für diese gilt: Anzahl der geförderten Betten < Bettenzahl
 - Daten 2018: 150 Krankenhäuser ($\approx 9,5$ %) mit 39.646 Betten ($\approx 8,8$ %)
- Nicht geförderte Krankenhäuser:
 - Krankenhäuser mit bzw. ohne Versorgungsvertrag: Kein Bett wird gefördert
 - Daten 2018: 235 Krankenhäuser ($\approx 14,8$ %) mit 9.804 Betten ($\approx 2,2$ %)
- 2018: Ca. 97,8 % der Betten gefördert



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

➤ Leistungen der Krankenhäuser 2018:

↪ Vollstationäre Behandlung:

- Behandlung mit ganztägiger Pflege und Übernachtung
- Fallzahl: Ca. 19,39 Mio.

↪ Teilstationäre Behandlung:

- Die regelmäßige Verweildauer im Krankenhaus liegt unter 24 Stunden (z.B. Dialyse)
- Bei mehrfacher Behandlung aufgrund derselben Erkrankung: Je Quartal ein Fall
- 781.743 Fälle in 792 Krankenhäusern

↪ Vorstationäre bzw. nachstationäre Behandlung:

- Vor vollstationärer Behandlung (z.B. Voruntersuchungen): 4,9 Mio. Fälle
- Im Anschluss an vollstationären Krankenhausaufenthalt: 1,08 Mio. Fälle

↪ Ambulante Leistungen (Auswahl):

- Hochschulambulanz (§ 117 SGB V): 4,85 Mio. Fälle in 60 Krankenhäusern



Stationäre Versorgung: Informationen zur Struktur

- Ambulante Operationen (§ 115b SGB V)
 - In etwa 57,9 % der Krankenhäuser (in aller Regel: Allgemeine Kh)
 - Etwa 1,86 Mio. Fälle
- Notfallbehandlungen:
 - Nach EBM: Etwa 10,6 Mio. Fälle in 855 Krankenhäusern
 - Nicht zu Lasten der GKV: 1,13 Mio. Fälle in 623 Krankenhäusern

↪ Entbindungen und Geburten:

- Nur in allgemeinen Krankenhäusern
- Daten:
 - Diese fanden in gut 41 % der allgemeinen Krankenhäuser statt
 - 757.878 Frauen, die in Krankenhäusern entbunden haben
 - 773.212 geborene Kinder (davon 770.570 lebend geboren)



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

➤ Wesentliche Aspekte:

↪ Grundlagen:

- Rechtliche Grundlagen (Auswahl):
 - Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Krankenhausentgeltgesetz
 - Landeskrankenhausgesetze
- Erfordernisse der Raumordnung
 - Bezug: Raumentwicklung (Bundesländer, Raumordnungsregionen)
 - Beispiel: Landesentwicklungsprogramm Mecklenburg-Vorpommern

↪ Ziele (§ 1 Absatz 1 Satz 1 KHG):

- Krankenhäuser:
 - Leistungsfähig, qualitativ hochwertig und eigenverantwortlich wirtschaftend
 - Vielfalt der Träger
- Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Versorgungsziele für die Bevölkerung:
 - Qualitativ hochwertige Versorgung
 - Patienten- und bedarfsgerechte Versorgung
- ↪ Vollstationäre Krankenhausversorgung:
 - Nachrangig gegenüber anderen (z.B. ambulanten) Behandlungsformen
 - Aufnahme:
 - Grundsätzlich: Einweisung als Voraussetzung
 - Ausnahme: Notfälle
 - Krankenhaus: Prüfung, ob stationäre Behandlung notwendig
- ↪ Wesentliche Instrumente:
 - Krankenhausplanung
 - Investitionsförderung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

➤ Krankenhausplanung

↳ Kennzeichen:

- Aufgabe der Bundesländer
- Bezug auf zugelassene Krankenhäuser:
 - Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser
 - Für diese gilt:
 - » Verpflichtung zur Versorgung von Versicherten der GKV
 - » Anspruch auf Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen

↳ Flächenländer: Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung

- Raumordnung sieht wichtige Rolle für zentrale Orte vor:
 - Mittelzentren sollen
 - » Krankenhäuser vorhalten
 - » damit auch die Bevölkerung des umliegenden Mittelbereichs versorgen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Oberzentren sollen
 - » auch große und/oder spezialisierte Krankenhäuser vorhalten
 - » damit auch die Bevölkerung des umliegenden Oberbereichs versorgen
- Anforderungen an Ober- bzw. Mittelbereiche (Verflechtungsbereiche):
 - » Ober- und Mittelbereiche decken jeweils das gesamte Land ab
 - » Zugehöriger zentraler Ort jeweils in zumutbarer Entfernung
- Sicherstellungszuschläge-Regelungen des Gemeinsamen Bundesausschusses:
 - Vorgaben für die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung
 - Inhalt:
 - » Bezug: In der Fläche notwendige Fachabteilungen (FA) der Krankenhäuser
 - » Erreichbarkeit in PKW-Fahrzeitminuten (Obergrenze)
 - Beispiel:
 - » Krankenhaus mit FA Innere Medizin und chirurgischer FA
 - » 30 Minuten Fahrzeit



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Steuerung durch Krankenhauspläne:
 - Finanzielle Anreize:
 - » Anspruch auf Versorgungsvertrag
 - » Anspruch auf Investitionsförderung
 - Verteilung der Plankrankenhäuser im Raum: Berücksichtigung
 - » von Ober- und Mittelbereichen
 - » der tatsächlichen Verflechtungsbereiche (falls davon abweichend)
- Ergänzend:
 - Bezug: Bedarfsgerechte Versorgung durch andere Träger nicht gesichert
 - Dann: Verpflichtung der Landkreise und kreisfreien Städte, die dazu notwendigen Krankenhäuser zu errichten und zu betreiben
 - Mecklenburg-Vorpommern: § 1 Absatz 2 Landeskrankenhausgesetz
- Insgesamt: Aufgabe der Bundesländer, Landkreise und kreisfreien Städte



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- ↪ Zentrales Instrument: Krankenhauspläne der Länder
 - Kennzeichen:
 - Aufstellung in größeren Abständen, dazwischen: Jährliche Fortschreibung
 - Planungszeitraum: Mehrere Jahre
 - Ausweis für die Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser
 - » der Planbetten (je Haus, zum Teil auch tiefer, z.B. nach FA)
 - » weiterer stationärer Kapazitäten (z.B. Tagesklinik-Plätze)
 - Anpassung der Kapazitäten im Planungszeitraum z.B. an
 - demografische Veränderungen, Veränderungen der Morbidität
 - Veränderungen in Diagnostik und Therapie
 - Analyse und Planung des Bedarfs an Krankenhausversorgung
 - Bezug: Land (insgesamt)
 - Zur Versorgung benötigte Planbetten nach FA



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Beispiel Mecklenburg-Vorpommern:

- Aktuell: Krankenhausplan, Stand: November 2020
- Inhalt (Auswahl):
 - Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser mit ihren FA
 - Berücksichtigung (u.a.)
 - » besonderer Aufgaben (z.B. Ausweis der Betreiber von stroke units)
 - » von Zentren (z.B. onkologische Zentren, herzmedizinische Zentren)
 - Prognose des Bettenbedarfs bis 2025 (nach FA)
- Vorwiegend als Rahmenplanung:
 - Ausweis der Planbetten in der Regel ohne Bezug auf FA
 - Verteilung auf FA durch Träger
- Zum Teil auch als Detailplanung:
 - Ausweis der Planbetten für die FA Psychiatrie und Psychotherapie
 - Ausweis der Tagesklinik-Plätze nach FA

Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ Kapazitätsplanung:

- Ziel: Sicherung einer bedarfsgerechten Versorgung
- Diese *kann* erfolgen nach der Hill-Burton-Formel:
 - Bezug:
 - » Bettenbedarf auf Ebene eines Bundeslands
 - » Insgesamt oder nach Fachabteilungen
 - Notwendige Informationen:
 - » Künftige Einwohnerzahl (Schätzung/Prognose): $E^{(k)}$
 - » Krankenhaushäufigkeit (aktuell, Bezug: Jahr): $KH = (\text{Fallzahl} \cdot 1.000) / E$
 - » Durchschnittliche Verweildauer (aktuell): $VWD = \text{Pflegetage} / \text{Fallzahl}$
 - » Soll-Auslastung (Vorgabe): BN (häufig: 85 %)
- Ergebnis:
 - Bettenbedarf (insgesamt) $BB = [(E^{(k)} \cdot KH) / 1.000] \cdot [100 / (BN \cdot 365)] \cdot VWD$
 - Bettenbedarf (Fachabteilung i) $BB = [(E^{(k)} \cdot KH_i) / 1.000] \cdot [100 / (BN_i \cdot 365)] \cdot VWD_i$



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Der *tatsächliche* künftige Bettenbedarf hängt auch ab von der
 - Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit
 - Entwicklung der mittleren Verweildauer
- Verfeinerung z.B. durch Berücksichtigung der Altersstruktur der Bevölkerung

↪ Problematische Aspekte:

- Entwicklung von Krankenhaushäufigkeit und/oder Verweildauer abhängig von
 - der Entwicklung der Morbidität (insbesondere: altersspezifisch)
 - der Entwicklung alternativer (z.B. ambulanter) Behandlungsformen
- Kapazitäten in kleineren Raumeinheiten (z.B. Landkreise) noch zu bestimmen

↪ Ergänzung durch Verteilung von Krankenhäusern und Fachabteilungen im Raum

- Allgemeine, häufig zu erbringende Leistungen eher wohnortnah
- Spezialisierte, seltene(re) Leistungen eher zentral
- Grund: Abwägung zwischen Qualität und Wohnortnähe der Versorgung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ Kapazitätsplanung in Mecklenburg-Vorpommern:

- Grundlage:
 - Vier Altersgruppen: <20, 20-64, 65-79, 80+
 - Jahresbezogene Daten für den Zeitraum 2006-2010 (nach Fachabteilungen):
 - » Verweildauer
 - » Krankenhaushäufigkeit (Fälle je 10.000 Einwohner)
- Prognose des künftigen Bettenbedarfs nach Fachabteilungen (jährlich bis 2025):
 - Schätzung der Entwicklung von Verweildauer und Krankenhaushäufigkeit
 - Verknüpfung mit Daten zur Entwicklung der Bevölkerung
 - Berücksichtigung von Norm-Auslastungsgraden (nach Fachabteilung)
- Verteilung auf die Plankrankenhäuser:
 - Anteile ihrer Berechnungstage je Fachabteilung und Haus relevant
 - Anhörung der Häuser



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

➤ Investitionsförderung nach dem KHG:

↳ Kennzeichen:

- Krankenhaus im Krankenhausplan → Anspruch auf Förderung
- Finanzierung:
 - Grundsätzlich durch die Bundesländer
 - In der Regel auch durch Umlagen, die kommunal zu tragen sind
- Beispiel Mecklenburg-Vorpommern:
 - Landkreise und kreisfreie Städte tragen 40 % der Förderung
 - Bemessungsgrundlage (in der Regel): Aktuelle Einwohnerzahl
 - § 24 Abs. 1-2 Landeskrankenhausgesetz

↳ Herkömmliche (und vorherrschende) Variante:

- Komponenten Pauschal- und Einzelförderung



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Pauschalförderung:
 - Bezug: Kleinere/mittlere Investitionen
 - Höhe durch das Land festgelegt
 - Verteilung nach Indikatoren (Vorgabe KHG: nicht nur nach der Bettenzahl)
- Einzelförderung
 - Voraussetzung: Aufnahme in das Investitionsprogramm des Landes
 - Förderfähig sind (Auswahl)
 - » die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau) von Krankenhäusern
 - » die Kosten von Anlagegütern mit langer Nutzungsdauer
 - Zu berücksichtigende Aspekte in Mecklenburg-Vorpommern (Auswahl):
 - » Geplante Investitionsmaßnahme: Bedarfsnotwendig?
 - » Krankenhaus: Notwendig zur Sicherstellung wohnortnaher Versorgung?
 - Dient auch zur Steuerung der regionalen Verteilung der Krankenhäuser



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↪ Empirische Informationen für Mecklenburg-Vorpommern:

- Pauschalförderung:
 - Bezug:
 - » Anlagegüter mit Nutzungsdauer bis zu 15 Jahren
 - » Investitionen mit Kosten ohne Mehrwertsteuer ≤ 100.000 Euro
 - Verteilung:
 - » Vorab nach festen Prozentsätzen an die Universitätsklinik
 - » Rest an Plankrankenhäuser nach ihrem Anteil an der Summe der Budgets
 - Umfang: 2018 (bzw. 1995): 22,84 (bzw. 23,06) Mio. €
- Einzelförderung:
 - Umfang: 2018 (bzw. 1995): 27,50 Mio. € (bzw. 125,68 Mio. €)
 - Grund: Umfangreiche Modernisierung in den 90er Jahren



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ *Leistungsorientierte Investitionspauschalen* als Alternative:

- Bezug auf die Leistungen (bei vollstationären Fällen)
- Grundlage: Investitions- und Leistungsdaten von Krankenhäusern (jährlich)
 - Tatsächlich getätigte Investitionen (unabhängig von der Finanzierung)
 - Keine Berücksichtigung eines Nachholbedarfs („Investitionsstau“)
 - Fallzahlen und Verweildauern
- Ergebnisse (Bezug: DRG-Entgeltbereich):
 - Investitionsbewertungsrelationen (IBR): Bundeseinheitlich (Katalog)
 - » nach DRG (fallbezogen) *und*
 - » (je DRG) nach Verweildauertagen
 - IBR-Bezugsgröße:
 - » Mittlere Investitionskosten je Fall
 - » Bezug: Tatsächlich getätigte Investitionen



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

- Anwendung:
 - Auf Landesebene wird ein Investitionsbasisfallwert (IFW) festgelegt
 - Für $IFW < IBR$ -Bezugsgröße kommt es zur Unterfinanzierung
- Höhe einer Investitionspauschale:
 - Zu berücksichtigen: Effektive Bewertungsrelation (BWR) als Summe aus
 - » IBR des Falls (nach DRG) und
 - » IBR (nach DRG) je Tag, multipliziert mit der Verweildauer
 - Die Pauschale ergibt sich als Produkte aus effektiver BWR und IBR
- Umsetzung:
 - Wahlrecht der Bundesländer bezüglich beider Varianten (auch anteilig)
 - Empirisch: Hessen und Berlin wenden diese Variante derzeit an
 - IFW:
 - » Landeseinheitlich, nach Maßgabe der Investitionsfördermittel
 - » Ergebnis: IFW deutlich geringer als IBR-Bezugsgröße



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

➤ Grundsätzliche Alternativen zur Finanzierung von Investitionen:

↳ Option I: Duale Finanzierung

- In Deutschland weitgehend umgesetzt (Plankrankenhäuser, Hochschulkliniken)
- Inhalt: Finanzierung
 - der Investitionskosten durch den Staat
 - der Betriebskosten durch die Erlöse von den Nutzern bzw. den Kostenträgern
- Begründung mit dem Äquivalenzprinzip:
 - Stationäre Leistungen
 - » kommen denjenigen zugute, die diese in Anspruch nehmen (Nutzer)
 - » sind daher von den Nutzern zu finanzieren
 - Die Vorhaltefunktion der Krankenhäuser
 - » stellt ein „Optionsgut“ dar (schon die Verfügbarkeit stiftet Nutzen)
 - » kommt allen zugute und ist daher von der Gesellschaft zu finanzieren



Direkte Steuerung der Angebotskapazitäten

↳ Option II: Monistische Finanzierung

- Nutzer bzw. Kostenträger finanzieren die Gesamtkosten stationärer Leistungen
- In Deutschland bereits vor 1972 angewendet, seither jedoch nicht bzw. kaum
- Flächendeckende Umsetzung:
 - Einstieg wäre möglich über leistungsorientierte Investitionspauschalen
 - Umstellung der Finanzierung:
 - » Länder müssten ihre Mittel an die Kostenträger übertragen
 - » Notwendig: Abgabe der Kompetenz zur Kh-Planung

↳ Aspekte zur Beurteilung:

- Äquivalenzprinzip
- Finanzierung nach Haushaltslage (Gefahr eines Investitionsstaus)?
- Gefahr von Überkapazitäten bzw. ineffizient teurer Bereitstellung von Leistungen?



Vergütungsformen

- Leistung des Krankenhauses:
 - ↪ Abhängig von Art und Schwere einer Erkrankung
 - ↪ Grobe Indikatoren für den Ressourceneinsatz:
 - Verweildauer
 - Notwendigkeit einer Operation
 - ↪ Empirisch: Große Streuung der Werte beider Indikatoren
- Kostenstruktur eines Krankenhauses:
 - ↪ Grundbegriffe:
 - Fixkosten:
 - Höhe unabhängig vom Leistungsumfang
 - Beispiele: Anlagegüter mit langer Nutzungsdauer (CT, MRT), Gebäude
 - Variable Kosten: Höhe abhängig von Art und Umfang der erbrachten Leistungen



Vergütungsformen

- Sprungfixe Kosten:
 - Höhe teilweise unabhängig vom Leistungsumfang
 - Beispiel: Personaleinsatz auf einer Station
 - Grenzkosten: Zusätzliche variable Kosten für eine Leistungseinheit (z.B. Fall)
- ↪ Kurzfristig:
- Fixkosten umfassen auch sprungfixe Kosten
 - Hoher Anteil der Fixkosten an den Gesamtkosten (70 % und mehr)
- ↪ Mittelfristig: Anpassung der Ausstattung möglich
- ↪ Langfristig: Alle Kosten variabel (Schließung, Kapazitätsveränderungen als Optionen)
- ↪ Laufende Betriebskosten bei dualer Finanzierung:
- Abhängig vom Umfang der Investitionsförderung
 - Kurzfristig: Hoher Anteil der (sprung-)fixen Kosten



Allgemeiner Pflegesatz

➤ Allgemeiner (einheitlicher, vollpauschalierter) Tagespflegesatz:

↳ Kennzeichen:

- Einheitliches Entgelt pro Pflege-tag (krankenhausindividuell)
- Ermittlung:
 - Quotient aus Betriebskosten und Pflege-tagen (Plangrößen)
 - Ausgleich zusätzlicher Kosten im nachhinein bei Nachweis möglich
- In Deutschland vornehmlich im Zeitraum 1972-1985 angewendet

↳ Kosten und Erlöse während einer Behandlungsepisode:

- Die Kosten pro Tag
 - sind zunächst hoch (z.B. aufgrund eines Eingriffs), danach fallend
 - entsprechen am Ende im Wesentlichen den „Hotelkosten“
- Der Erlös pro Tag ist konstant



Allgemeiner Pflegesatz

↪ Steuerungseffekte:

- *Finanzielle* Anreize zu einer
 - längeren Liegezeit
 - geringeren Behandlungsintensität pro Tag
- Folge: Zu große Kapazitäten aufgrund zu langer Verweildauer
- In der Regel kommt es zu einer Quersubventionierung zwischen den Fällen:
 - Im ökonomischen Sinne schwere (bzw. leichte) Fälle verursachen überdurchschnittlich hohe (bzw. niedrige) Kosten pro Pflage tag
 - Ökonomisch leichte Fälle „finanzieren“ die ökonomisch schweren Fälle mit
- Daraus resultiert ein finanzieller Anreiz,
 - ökonomisch leichte Fälle aufzunehmen
 - ökonomisch schwere Fälle nicht aufzunehmen
- Anreiz, die entstandenen Kosten umfassend und genau zu dokumentieren



Allgemeiner Pflegesatz

- Vorteile aufgrund früherer Entlassungen fallen vornehmlich an
 - beim Patienten
 - beim Arbeitgeber
 - bei der Krankenversicherung
- Welcher finanzielle Anreiz besteht, kostengünstig(er)e Behandlungen zu suchen?
 - Die Suche verursacht Aufwand
 - Die Anwendung verringert künftig („morgen“) den Pflegesatz
 - Einzel- und gesamtwirtschaftliche Rationalität fallen auseinander!

↪ Erlösbasis Pflage tag:

- Bei freien Kapazitäten kann ein Krankenhaus seine Erlöse leicht beeinflussen
- Fallstruktur günstig ↔ überwiegend ökonomisch leichte Fälle
- Fallstruktur ungünstig ↔ überwiegend ökonomisch schwere Fälle



Allgemeiner Pflegesatz

- Ein hoher Pflegesatz *kann* beruhen auf
 - einer ungünstigen Fallstruktur,
 - einer im Durchschnitt
 - » kurzen Verweildauer bei fester Fallstruktur
 - » aufwändigen Behandlung bei fester Fallstruktur und Verweildauer
- Folgerungen:
 - Fehlender Leistungsbezug des Pflegesatzes
 - Der Pflegesatz ist kein guter Indikator für wirtschaftliches Verhalten eines Kh
- Die ungünstigen Steuerungseffekte beruhen auf asymmetrischer Information:
 - Das Krankenhaus ist Agent des Prinzipals Kostenträger
 - Das Krankenhaus verfügt über bessere Information
 - Ein Haus kann diesen Wissensvorsprung zu seinen Gunsten nutzen



Flexibles Budget

➤ Flexibles Budget:

↳ Krankenhausindividuell und prospektiv

↳ Bestandteile:

- Planbelegung (in Pfl egetagen) und Planbudget (in Geldeinheiten)
- Ausgleichsregelung:
 - Regelt das Budget bei abweichender Belegung
 - Symmetrisch oder asymmetrisch

↳ *Rechnerischer Pflegesatz* (im Folgenden: „Pflegesatz“)

- als Quotient aus Planbudget und Planbelegung
- dient als *Abschlagszahlung* pro Belegungstag
- entspricht somit *nicht* der effektiven Vergütung eines zusätzlichen Belegungstages

↳ In Deutschland in der Grundform vornehmlich von 1986-1992 angewendet



Flexibles Budget

- Flexibles Budget mit symmetrischer Ausgleichsregelung (Abb. 21):
 - ↳ Allgemein: $[100 \cdot \alpha \% / 100 \cdot (1 - \alpha) \%]$ -Regelung mit $0,5 < \alpha < 1$
 - ↳ Im Vergleich zur Planbelegung
 - bekommt das Krankenhaus bei Unterbelegung $100 \cdot \alpha \%$ der *entgangenen* Pflegesatzerlöse („Mindererlöse“) erstattet: Ausgleichszahlung AZ_S
 - darf das Krankenhaus bei Überbelegung $100 \cdot (1 - \alpha) \%$ der *zusätzlichen* Pflegesatzerlöse („Mehrerlöse“) behalten: Ausgleichszahlung AZ_K
 - ↳ Symmetrische Ausgleichsregelung: Das Krankenhaus erhält
 - pro zusätzlichen Pfl egetag per Saldo $100 \cdot (1 - \alpha) \%$ des Pflegesatzes als Entgelt
 - somit für jeden zusätzlichen Pfl egetag dasselbe *Netto-Entgelt*
 - ↳ Beispiel: $\alpha = 0,75$ (75 %/25 %-Ausgleichsregelung)
 - Unterbelegung: Das Krankenhaus *erhält* pro Pfl egetag 75 % des Pflegesatzes
 - Überbelegung: Das Krankenhaus *behält* pro Pfl egetag 25 % des Pflegesatzes



Flexibles Budget

➤ Steuerungseffekte:

↳ Finanzielle Anreize, von der Planbelegung abzuweichen:

- Relevante Größen: Netto-Entgelt und Grenzkosten je Pflage-tag
- Eine höhere (bzw. niedrigere) Belegung ist vorteilhaft, wenn das Netto-Entgelt pro zusätzlichen Pflage-tag größer (bzw. kleiner) ausfällt als die Grenzkosten
- Für $\alpha = 0,75$ gilt: Eine höhere (bzw. niedrigere) Belegung ist dann vorteilhaft, wenn die Grenzkosten kleiner (bzw. größer) sind als 25 % des Pflegesatzes
- Steuerung des finanziellen Anreizes zur Über-/Unterbelegung durch α

↳ Im Vergleich zum allgemeinen Tagespflegesatz:

- Der finanzielle Anreiz zu längeren Verweildauern ist deutlich geringer
- Der finanzielle Anreiz zu kürzeren Verweildauern
 - ist deutlich höher
 - ist begrenzt, wenn die Investitionsförderung an die Auslastung gekoppelt ist

Flexibles Budget

↪ Im Zeitverlauf:

- Anreiz zur Kostensenkung kaum vorhanden:
 - Kurzfristig bleibt das vereinbarte Budget erhalten
 - Mittelfristig geringeres Budget (Abschöpfung des Überschusses)
- Einzel- und gesamtwirtschaftliche Rationalität fallen dann auseinander!

➤ Flexibles Budget mit asymmetrischer Ausgleichsregelung (Abb. 22):

↪ Mehr-/Mindererlösausgleich:

- Unterbelegung: Erstattung von $100 \cdot \alpha$ % der Mindererlöse (Ausgleichszahlung AZ_S)
- Überbelegung: Einbehalt von $100 \cdot (1 - \beta)$ % der Mehrerlöse (Ausgleichszahlung AZ_K)

↪ Das Netto-Entgelt eines Krankenhauses für einen zusätzlichen Pflgetag beträgt

- bei Unterbelegung: $100 \cdot (1 - \alpha)$ % des Pflegesatzes
- bei Überbelegung: $100 \cdot (1 - \beta)$ % des Pflegesatzes



Flexibles Budget

- ↪ Beispiel: Für $\alpha = 0,6$ und $\beta = 0,8$ erhält das Krankenhaus pro zusätzlichen Pfl egetag
 - als Netto-Entgelt bei Unterbelegung 40 % des Pflegesatzes
 - als Netto-Entgelt bei Überbelegung 20 % des Pflegesatzes
- Steuerungseffekt im Vergleich zur symmetrischen Ausgleichsregelung:
 - ↪ Es ist nun möglich, dass die Grenzkosten eines Pfl egetags
 - im Bereich der Unterbelegung unter $100 \cdot (1 - \alpha)$ % des Pflegesatzes liegen
 - im Bereich der Überbelegung höher als $100 \cdot (1 - \beta)$ % des Pflegesatzes sind
 - ↪ Unter diesen Umständen ergibt sich
 - bei Unterbelegung ein finanzieller Anreiz zur Erhöhung der Belegung
 - bei Überbelegung ein finanzieller Anreiz zur Verringerung der Belegung
 - ↪ Ergebnisse:
 - Stärkerer finanzieller Anreiz, die Planbelegung zu erreichen („Punktlandung“)
 - Geringerer finanzieller Anreiz, eine Überbelegung zu erreichen

Flexibles Budget

- Allgemeiner Tagespflegesatz und flexibles Budget im Vergleich:
 - ↪ Das *Fallzahl*risiko ist
 - vorhanden, wenn der Überschuss eines Krankenhauses von der Fallzahl abhängt
 - beim flexiblen Budget zumindest wesentlich geringer ausgeprägt
 - ↪ Das *Fallstruktur*risiko ist
 - vorhanden, wenn der Überschuss eines Krankenhauses von der durchschnittlichen Fallschwere im ökonomischen Sinne (Behandlungsaufwand) abhängt
 - beim Tagespflegesatz durch eine Veränderung der Verweildauer eher auszugleichen
 - ↪ Ein Leistungsbezug der Vergütung
 - besteht, wenn das Netto-Entgelt von den erbrachten Leistungen abhängt
 - ist bei beiden Vergütungsformen kaum vorhanden
 - ↪ Folgen:
 - Mangelnde finanzielle Anreize zur Kostensenkung und zur Spezialisierung
 - Ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern ist kaum möglich



Fallpauschalen

➤ Fallpauschale (*Prototyp*):

↳ Kennzeichen:

- Feste Zahlung (= Pauschale) pro Behandlungsfall
- Pauschale hängt nicht von der Verweildauer oder den erbrachten Leistungen ab

↳ Varianten: Differenzierung

- nach Patiententyp:
 - einheitlich
 - diagnosebezogen
 - abteilungsbezogen
- nach Geltungsbereich:
 - Einheitlich
 - Regional differenziert



Fallpauschalen

- nach Versorgungsstufen
- krankenhausesindividuell

↪ Extreme Varianten aufgrund der Kombinationen beider Merkmale:

- Einheitliche Fallpauschale (keine Differenzierung)
- Diagnosebezogene krankenhausesindividuelle Fallpauschale (maximale Differenzierung)

➤ Anreizeffekte *einheitlicher* Pauschalen:

↪ Vorüberlegungen:

- Die Kosten eines Falls ergeben sich aus dem *tatsächlichen* Ressourceneinsatz
- Die Fallschwere im ökonomischen Sinn
 - streut über die Patienten(-typen)
 - kann ex ante nur geschätzt werden:
 - » Bezug: Zeitpunkt der (möglichen) Aufnahme des Patienten
 - » Grundlage: Durchschnittlicher Ressourceneinsatz



Fallpauschalen

↪ Nach Patiententyp:

- Betrachtet werden die potentiellen Fälle eines Krankenhauses
- Finanzieller Anreiz zur Aufnahme eines Patienten und Höhe der Pauschale?
- Es besteht ein finanzieller Anreiz zur Aufnahme
 - eines Patienten, wenn Pauschale \geq erwartete Behandlungskosten gilt
 - *aller* Patienten, wenn Pauschale \geq maximale erwartete Behandlungskosten gilt
- Anreize von Pauschale = durchschnittliche Behandlungskosten *aller* Fälle:
 - Aufnahme von Patienten mit unterdurchschnittlicher Fallschwere
 - Keine Aufnahme von Patienten mit überdurchschnittlicher Fallschwere

↪ Nach Geltungsbereich (z.B. Region):

- Betrachtet werden jeweils Fälle
 - eines Falltyps bzw. einer bestimmten Fallschwere im ökonomischen Sinn
 - innerhalb einer Region



Fallpauschalen

- Finanzieller Anreiz zur Aufnahme eines Patienten
 - in einer Region, wenn Pauschale \geq Fallkosten gilt
 - in *allen* Regionen, wenn Pauschale \geq maximale regionale Fallkosten gilt
 - Anreize von Pauschale = durchschnittliche Fallkosten *aller* Regionen:
 - Aufnahme von Patienten in Regionen mit unterdurchschnittlichen Fallkosten
 - Keine Aufnahme in Regionen mit überdurchschnittlichen Fallkosten
- Überlegungen zur Differenzierung von Fallpauschalen:
- ↪ Annahmen:
 - Die durchschnittlichen Behandlungskosten streuen über die Falltypen,
 - wenn ein Krankenhaus seine Leistungen effizient erbringt
 - weil die Fallschwere im ökonomischen Sinn variiert
 - Die durchschnittlichen Behandlungskosten streuen bei einem Falltyp auch regional,
 - wenn die Krankenhäuser ihre Leistungen effizient erbringen
 - z.B. aufgrund von Unterschieden in den Faktorpreisen



Fallpauschalen

- Es sei gesamtwirtschaftlich vorteilhaft, auch Patienten
 - von Falltypen mit überdurchschnittlichen Behandlungskosten zu behandeln
 - in Regionen mit überdurchschnittlichen Faktorpreisen zu behandeln

↪ Resultate: Bei einer einheitlichen Fallpauschale fallen

- einzel- und gesamtwirtschaftliche Rationalität auseinander, wenn die Pauschale
 - unter den maximalen durchschnittlichen Behandlungskosten pro Falltyp liegt
 - unter den maximalen durchschnittlichen Behandlungskosten pro Region liegt
- die Zahlungen für die Krankenhausbehandlung ansonsten zu hoch aus

↪ Folgerungen:

- Eine Differenzierung der Fallpauschale nach Patiententyp ist sinnvoll, wenn (deutliche) Unterschiede in der Fallschwere im ökonomischen Sinn bestehen
- Eine Differenzierung der Fallpauschale nach Geltungsbereich ist sinnvoll, wenn die Fallkosten nach Geltungsbereich (deutliche) Unterschiede aufweisen



Fallpauschalen

↪ Gefahren einer zu starken Differenzierung:

- Eine krankenhausesindividuelle Fallpauschale stiftet
 - keinen Anreiz (mehr) zur Spezialisierung unter den Krankenhäusern
 - stattdessen einen Anreiz, krankenhausesindividuelle Aspekte zu betonen
- Eine auf den einzelnen Patienten bezogene Fallpauschale stiftet
 - keinen Anreiz (mehr), die Patienten kostengünstig zu behandeln
 - einen Anreiz, individuelle Merkmale des Patienten zu betonen

↪ Ergebnisse:

- Eine stärkere Differenzierung der Fallpauschale
 - eröffnet die Chance zur Kostensenkung
 - ist mit der Gefahr geringerer Steuerungseffekte verbunden
- Diagnosebezogene Fallpauschalen, regional differenziert, können vorteilhaft sein



Fallpauschalen

➤ Pro & Contra Fallpauschale:

↪ Bezug auf ein System diagnosebezogener Fallpauschalen, die jeweils

- von den durchschnittlichen Fallkosten abhängen
- dem Prototyp der Fallpauschale entsprechen

↪ Vorteile:

- Anreiz zur kostenminimalen Behandlung der Fälle
- Im Vergleich zu einer Vergütung nach Pflegetagen ist
 - der Leistungsbezug deutlich stärker ausgeprägt
 - die Basis der Vergütung für ein Krankenhaus schwieriger zu beeinflussen
 - ein Vergleich der Wirtschaftlichkeit von Krankenhäusern
 - » grundsätzlich möglich aufgrund des Leistungsbezugs der Pauschalen
 - » umso eher möglich, je besser Unterschiede in der Fallschwere im ökonomischen Sinn („Fallstruktur“) im Erlössystem abgebildet sind



Fallpauschalen

↳ Nachteile:

- Bei gegebenem Falltyp
 - besteht grundsätzlich ein Anreiz zum Rosinenpicken („cream skimming“)
 - wird dieser Anreiz, bezogen auf einen Patienten,
 - » wirksam, wenn die Behandlungskosten gut abgeschätzt werden können
 - » ansonsten nicht wirksam
- Anreize zur Manipulation der Entgeltbasis:
 - Bezug: Handlungen, die systematisch ein zu hohes Gesamt-Entgelt bewirken
 - Gefahr eines sachlich nicht gerechtfertigten „upcodings“
 - „Drehtüreffekt“
 - Überweisungen zwischen Krankenhäusern
- Finanzieller Anreiz zur
 - Verringerung der Behandlungsqualität
 - zur Verlagerung der Behandlungskosten auf Andere („blutige Entlassung“)

Fallpauschalen

↪ Weitere Aspekte:

- Welche Diagnose entscheidet über die Höhe der Pauschale?
 - Einweisungs- versus später (z.B. bei Entlassung) festgelegte Diagnose
 - Einweisungsdiagnose: Geringere Manipulierbarkeit)
 - Spätere Diagnose: Geringeres finanzielles Risiko
- Das Fallstrukturrisiko
 - bei den Krankenkassen: Umso höher, je differenzierter die Pauschalen sind
 - innerhalb eines Falltyps verbleibt beim Krankenhaus

➤ Empirisch: Diagnosebezogene Fallpauschalen werden typischerweise ergänzt durch

- ↪ Maßnahmen zur Qualitätssicherung
- ↪ weitere Instrumente, die einzelne der o.a. Nachteile verringern sollen
- ↪ Regelungen zum Ausgleich von Mehr- oder Mindererlösen



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Grundzüge des G-DRG-Systems (German diagnosis related groups)
 - ↳ Kennzeichen dieses Patientenklassifikationssystems:
 - Als „lernendes“ System konzipiert
 - Zuordnung zu einer DRG durch spezielle Programme (Grouper) anhand von
 - Hauptdiagnose
 - weiteren Parametern, z.B. Operationen oder Nebendiagnose(n)
 - ↳ Wichtige Begriffe:
 - Hauptdiagnose als Diagnose, die *rückblickend* den stationären Aufenthalt des Patienten *maßgeblich* veranlasst hat
 - Bewertungsrelation (BWR):
 - DRG-bezogenes Relativgewicht (gemäß Fallpauschalenkatalog)
 - bundeseinheitlich
 - *Effektive* Bewertungsrelation: BWR unter Berücksichtigung der Verweildauer



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Basisfallwert:
 - Vergütung eines Behandlungsfalls mit der Bewertungsrelation 1 („Basisfall“)
 - Landesspezifisch (Bezug jeweils auf ein Bundesland)
- DRG-Entgelt als Vergütung eines Behandlungsfalls einer DRG: Produkt aus
 - bundeseinheitlicher Bewertungsrelation und
 - landesspezifischem Basisfallwert
- Case Mix: Summe der Bewertungsrelationen der Fälle eines Krankenhauses
- Case Mix Index: Quotient aus Case Mix und Fallzahl

↪ Zusätzliche Aspekte:

- Begleitung durch Qualitätssicherung
- Geringere Möglichkeiten zur Manipulation der Entgeltbasis durch Kriterien für die
 - Zusammenfassung zu *einem* Fall bei Wiederaufnahme in dasselbe Krankenhaus
 - Kürzung der Fallpauschale bei Verlegung in ein anderes Krankenhaus
- Das Entgelt kann *auch* von der Verweildauer abhängen



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

➤ Vergütung eines Falls am Beispiel der DRG F03E (Abb. 23a und 23b):

↪ Voraussetzungen:

- Bezeichnung der DRG:
 - Der Buchstabe an erster Stelle (F)
 - » zeigt die Hauptdiagnosekategorie (MDC) an
 - » bedeutet MDC 05, „Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems“
 - Die Zahl 03 kennzeichnet die Art der Behandlung (chirurgische Partition)
 - Der Buchstabe an letzter Stelle (E) kennzeichnet
 - » die ökonomische Fallschwere
 - » hier den fünfhöchsten Schweregrad
- Tatsächliche Verweildauer (VWD):
 - Aufnahmetag plus weitere Tage ohne Entlassungs- bzw. Verlegungstag
 - Anzahl der Belegungstage

↪ Die relevanten Daten sind in den Jahren 2012 bis 2019 unterschiedlich ausgefallen



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

↳ Die *effektive* BWR

- entspricht der BWR gemäß Katalog für **Inlier** (VWD weder *zu kurz* noch *zu lang*)
- fällt bei einer VWD **unterhalb** der *unteren Grenzverweildauer* geringer aus:
 - Fester Abschlag pro Tag (als Bewertungsrelation) für **Kurzlieger**
 - Abschlagstage = 1. Tag mit Abschlag + 1 abzüglich Belegungstage
 - Verringerung der Vergütung als Produkt beider Größen mit dem Basisfallwert
- fällt bei einer VWD **oberhalb** der *oberen Grenzverweildauer* höher aus:
 - Fester Zuschlag pro Tag (als Bewertungsrelation) für **Langlieger**
 - Zuschlagstage = Belegungstage + 1 abzüglich 1. Tag mit zusätzlichem Entgelt
 - Erhöhung der Vergütung als Produkt beider Größen mit dem Basisfallwert

↳ Die Vergütung *eines* Falls

- erfolgt nicht vollständig pauschal, sondern teilweise auch belegungsabhängig
- beinhaltet somit eine Risikoteilung zwischen Krankenhaus und Kostenträger



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Mengensteuerung auf Ebene der Krankenhäuser (Auswahl):
 - ↳ Einnahmen aus Fallpauschalen als Bestandteil
 - der Einnahmen aus allgemeinen Krankenhausleistungen
 - des *Erlösbudgets* (neben Einnahmen aus Zusatzentgelten (ZE) gemäß ZE-Katalog)
 - ↳ Mehr-/Mindererlösausgleich (Bezug: Erlösbudget):
 - Mindererlösausgleich: Mindererlöse
 - werden grundsätzlich in Höhe von 20 % erstattet
 - aus ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte: Kein Ausgleich
 - Mehrerlösausgleich: Mehrerlöse
 - sind grundsätzlich in Höhe von 65 % der Zusatzerlöse auszugleichen
 - aus ZE für Arzneimittel und Medikalprodukte sowie aus Fallpauschalen für schwerverletzte Menschen: Ausgleich von 25 %
 - Individuell zu vereinbaren: z.B. für Fallpauschalen mit hohem Sachkostenanteil



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

↳ Fixkostendegressionsabschlag (FDA):

- Bezug auf *Mehrleistungen*:
 - Ausgangspunkt: Vereinbarung für ein (Basis-)Jahr t
 - Jahr $t+1$: *Zusätzlich vereinbarte*, mit Fallpauschalen bewertete Leistungen
- Umfang des FDA (grundsätzlich):
 - Höhe: Vergütungsabschlag von 35 %
 - Anwendung für 3 Jahre
- Anwendung in späteren Jahren (Jahre 2 und 3):
 - Unverändert, wenn die vereinbarte Leistungsmenge die für das Jahr $t+1$ vereinbarte Leistungsmenge nicht unterschreitet
 - Minderung:
 - » Vereinbarte Leistungsmenge fällt geringer aus
 - » Verringerung der Bemessungsgrundlage für den FDA



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Spezielle Regelungen:
 - Der FDA gilt nicht bei (Auswahl)
 - » Leistungen mit einem Sachkostenanteil $> 2/3$
 - » Transplantationen, Polytraumata, schwer brandverletzten Patienten
 - Häufige Anwendung bei Leistungen, die
 - » als nicht mengenanfällig eingestuft werden (Katalog)
 - » durch Verlagerung zwischen Häusern entstehen (falls $\Delta(\Sigma BWR) \leq 0$)
- Jahr 2020:
 - FDA ausgesetzt
 - Betrifft: Mehrleistungen 2020/2019, 2019/2018 und 2018/2017
- Zur Beurteilung:
 - Ohne FDA würden Mehrleistungen in vollem Umfang vergütet
 - Unterschied zur Vergütung von Mehrerlösen (innerhalb eines Jahres)



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

➤ Modifikation des DRG-Entgeltsystems – Ausgliederung von Pflegekosten seit 01.01.2020

↳ Ziele:

- Höhere Qualität der patientenbezogenen Pflege im Krankenhaus
- Verbesserung der Personalausstattung und der Arbeitsbedingungen
- Kein finanzieller Anreiz mehr, den Aufwand für Pflege möglichst gering zu halten

↳ Grundlagen:

- KHG (§ 17b Absatz 4), KHEntgG (§ 6a)
- Pflegepersonalstärkungsgesetz
- InEK: Konzept zur Ausgliederung von Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System
- Vereinbarungen (GKV-Spitzenverband, Verband der PKV, DKG):
 - Pflegepersonalabgrenzungsvereinbarung
 - DRG-Grundlagenvereinbarung
 - Pflegebudgetverhandlungsvereinbarung



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

↪ Bezug:

- „Pflegepersonalkosten für die unmittelbare Patientenversorgung auf bettenführenden Stationen“
- § 17b Absatz 4 Satz 1 KHG

↪ Umsetzung:

- (1) Abgrenzung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten
- (2) Erstellung eines Pflegeerlöskatalogs
- (3) Vereinbarung krankenhausesindividueller Pflegebudgets
- (4) Ausgleichsregelungen

↪ Abgrenzung der auszugliedernden Pflegepersonalkosten

- Vollständige Berücksichtigung:
 - Kosten für Pflegepersonal „am Bett“
 - Beispiel: Gesundheits- und Krankenpflege, Altenpflege, Krankenpflegehilfe



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Keine Berücksichtigung:
 - Kosten für Pflegepersonal in anderen Bereichen
 - Beispiele: Funktionspersonal im OP-Bereich oder in diagnostischen Bereichen

↪ Erstellung eines Pflegeerlöskatalogs

- Grundlage:
 - Ausgliederung der abgegrenzten Pflegepersonalkosten aus den DRGs
 - G-DRGs werden zu aG-DRGs („a“ für ausgegliedert)
- Angabe einer Bewertungsrelation (Pflege-BWR) pro Tag für jede DRG
- Umsetzung: Eigene Spalte im Fallpauschalenkatalog

↪ Zur Ausgliederung der Pflegepersonalkosten

- Der Fallpauschalenkatalog 2019 liegt in zwei Versionen vor:
 - Angaben zu den BWR für die G-DRGs (G-DRG-Version)
 - Angaben zu den BWR für die aG-DRGs (aG-DRG-Version)



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Beispiel aG-DRG F03E: Im Vergleich zu G-DRG F03E (Abb. 23a) niedrigere BWR
 - für Inlier (4,433)
 - für den Abschlag pro Tag bei Kurzliegern (0,349)
 - für den Zuschlag pro Tag bei Langliegern (0,195)

↳ Krankenhausindividuelles Pflegebudget

- Grundlagen der Vereinbarung:
 - Voraussichtliche Pflegepersonalkosten
 - Ausgangspunkt: Tatsächliche Pflegepersonalkosten (Vorjahr)
 - Für das Vereinbarungsjahr zu berücksichtigende Änderungen:
 - » Pflegepersonal (Anzahl, Struktur)
 - » Kosten pro Kopf (z.B. aufgrund Tarifentwicklung)
 - Voraussichtliche Summe der Pflege-BWR (nach DRGs und Abrechnungstagen)



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

- Pflegeentgeltwert (PEW):
 - Quotient aus
 - » vereinbartem Pflegebudget und
 - » voraussichtlicher Summe der Pflege-BWR
 - Grundsätzlich krankenhausesindividuell
 - Sonderregelung 2020:
 - » Voraussetzung: Kh-individueller PEW < 185 €
 - » Dann: PEW = 185 € für den Zeitraum 04 – 12/2020
 - Weitere Sonderregelungen 2020/21:
 - » Bezug: Pflegebudget noch nicht vereinbart (kh-individueller PEW fehlt)
 - » Abrechnung mit vorgegebenen Werten für PEW
 - » 01 – 03/2020: PEW = 146,55 €
 - » 04 – 12/2020: PEW = 185 €
 - » Ab 01.01.2021: PEW = 163,09 €



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

↪ Abrechnung des Pflegeerlöses bei einem Fall:

- Grundlage: Zuordnung zu einer DRG
- Krankenhausindividueller Erlös als Produkt folgender Größen:
 - Abrechnungstage
 - Bewertungsrelation je Tag (DRG-spezifisch) x PEW

↪ Ausgleichsregelungen:

- Abweichungen der tatsächlichen Pflegepersonalkosten vom Pflegebudget:
 - Vollständiger Ausgleich
 - Umsetzung: Berücksichtigung beim Pflegebudget für das Folgejahr
- Vollständiger Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen

↪ Einsparung von Pflegepersonalkosten:

- Voraussetzung: Keine Beeinträchtigung der Patientensicherheit
- Erhöhung des Pflegebudgets um bis zu 4 % möglich



Vergütung von Leistungen im deutschen DRG-System

↪ Ergebnisse für die Vergütung eines vollstationären DRG-Falls (Abb. 23c):

- Pflegepersonalkosten:
 - Vergütung der tatsächlichen Kosten
 - Kein finanzieller Anreiz, die Kosten gering zu halten
- Übrige Kosten:
 - Vergütung gemäß aG-DRG-Fallpauschale
 - Finanzieller Anreiz, die Kosten gering zu halten

↪ Aspekte zur Beurteilung: Auswirkungen

- auf die Anreizeffekte des DRG-Systems:
 - Niedrige Kosten der Versorgung vollstationärer Fälle
 - Verschiebung von Aufgaben auf das Pflegepersonal „am Bett“
- auf Umfang und Qualität der Pflege am Bett



Literatur

Augurzky, B., Penter, V., Gesundheitswesen für Praktiker: System, Akteure, Perspektiven, Springer Gabler, Wiesbaden 2014, Kap. 4.2

Deutsche Krankenhausgesellschaft, Bestandsaufnahme zur Krankenhausplanung und Investitionsfinanzierung in den Bundesländern – Stand: Dezember 2019 –

Fleßa, S., Systemisches Krankenhausmanagement, Berlin/Boston 2018, Kap. 2.4 und 3

Hajen, L., Paetow, H., Schumacher, H., Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele, 7. Aufl., Stuttgart u.a.O. 2013, Kap. 7

Rosenbrock, R., Gerlinger, T., Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Aufl., Bern 2014, Kap. 6

Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 6. Aufl., Bern 2017, Kap. 7

Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Gesundheit. Grunddaten der Krankenhäuser 2018 (Fachserie 12, Reihe 6.1.1), erschienen am 27.08.2020, korrigiert am 15.12.2020



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

➤ (Fertig-)Arzneimittel als Güter:

↳ Kennzeichen:

- Die wirtschaftliche Verwendung unterliegt besonderen Vorschriften
- Eigene gesetzliche Regelungen für Zulassung, Vertrieb und Abgabe

↳ Arzneimittel:

- Gesetzliche Definition: § 2 Arzneimittelgesetz
- Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die angewendet werden
 - zur Heilung oder Linderung von Krankheiten
 - zur Vermeidung des Auftretens von Krankheiten oder Beschwerden
- Umfasst
 - Human- und Tierarzneimittel
 - auch Substanzen, die Diagnosen ermöglichen (z.B. Kontrastmittel)



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↪ Fertigarzneimittel:

- Herstellung im Voraus durch ein pharmazeutisches Unternehmen
- Zur Abgabe an den Verbraucher bestimmt (in Packungen)
- Kein Fertigarzneimittel (Beispiel): Salbe, die in der Apotheke hergestellt wird

↪ Vertrieb:

- Grundsätzlich über Apotheken
- Abgabe
 - nur in Apotheken: Apothekenpflichtige Arzneimittel
 - zum Beispiel auch in Drogerien zulässig: Freiverkäufliche Arzneimittel

↪ Ärztliche Verordnung:

- Auch bei anderen Therapien möglich (z.B. Physiotherapie, Hilfsmittel)
- Bei Arzneimitteln: Synonym zu ärztlicher Verschreibung (Rezept)
- *Notwendige Voraussetzung* für eine Erstattung durch die GKV



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

- ↪ Verschreibungspflichtige Arzneimittel (Rx-Arzneimittel):
 - Abgabe an den Patienten
 - in einer Apotheke
 - nur aufgrund einer ärztlichen Verordnung
 - Restriktion der Abgabe (Grund: Potentielle Gefahren für die Patientin)
- ↪ Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel: Abgabe
 - an den Patienten ohne ärztliche Verordnung möglich
 - erfolgt teilweise auch aufgrund einer ärztlichen Verordnung (Abb. 24)
- ↪ Selbstmedikation:
 - Abgabe von Arzneimitteln ohne ärztliche Verordnung
 - Bezug: OTC-Arzneimittel
 - OTC: „over the counter“



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↪ Abgabe eines Arzneimittels zu Lasten der GKV:

- Notwendig: Ärztliche Verordnung
- Kennzeichen: Abgabe in der Apotheke
 - in der Regel als Sachleistung:
 - » Krankenkasse erstattet direkt an die Apotheke
 - » Versicherter leistet ggf. eine Zuzahlung
 - in manchen Fällen wahlweise auch gegen Kostenerstattung:
 - » Versicherter finanziert vor
 - » Krankenkasse erstattet nach bestimmten Regeln (an den Versicherten)
- Kein eindeutiger Zusammenhang mit der Verschreibungspflicht: Manche
 - Rx-Arzneimittel werden nicht erstattet (z.B. Viagra [in der Regel])
 - nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel können erstattet werden



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

➤ Weitere wichtige Begriffe:

↳ Zulassung von Fertigarzneimitteln:

- Notwendige Voraussetzung für die Markteinführung
- Prüfung der drei Kriterien Wirksamkeit, Qualität, Unbedenklichkeit
- Varianten (Auswahl):
 - Nationale Zulassung (z.B. für Deutschland)
 - Zentrale Zulassung für den europäischen Wirtschaftsraum (EWR)
- Mögliche Bezüge: Arzneimittel oder neues Anwendungsgebiet

↳ Patent:

- Allgemeine Aspekte:
 - Recht auf exklusive wirtschaftliche Nutzung über einen begrenzten Zeitraum
 - Zugrunde liegendes Wissen wird veröffentlicht
- Mögliche Bezüge (Auswahl): Wirkstoff, Anwendung für bestimmte Krankheiten



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↪ Originalpräparat:

- Arzneimittel mit einem (zumindest früher) patentiertem Wirkstoff
- Erstzulassung
- Hersteller: „Originalhersteller“, „Erstanmelder“

↪ „Patentgeschütztes Arzneimittel“: Arzneimittel mit (derzeit) patentgeschütztem Wirkstoff

↪ Generikum:

- Arzneimittel, dessen Wirkstoff mit dem eines Originalpräparats übereinstimmt
- Synonyme: „Nachahmerpräparat“, „Zweitanmelderpräparat“
- Hersteller: „Zweitanmelder“
- Möglichkeit der *generischen Zulassung* als vereinfachtes Verfahren:
 - Wahl eines Referenzarzneimittels (Originalpräparat)
 - Nachweis der Vergleichbarkeit (Wirkstoff, Darreichungsform, Bioäquivalenz)



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

- Bio-Äquivalenz (zum Referenzarzneimittel):
 - » Bezug auf arzneilich wirksame Bestandteile
 - » Gleiche Verfügbarkeit im Körper soll gewährleistet sein
- Bezug auf Unterlagen des Erstanmelders auch ohne seine Zustimmung möglich

↳ Patentlaufzeit:

- *Formale* Patentlaufzeit:
 - Zeitspanne zwischen Patenterteilung und Ablauf des Patents
 - In Deutschland (und in vielen anderen Staaten): 20 Jahre
- *Effektive* Patentlaufzeit:
 - Zeitspanne zwischen Zulassung und Ablauf der formalen Patentlaufzeit
 - Im Durchschnitt deutlich kürzer als 10 Jahre
- Gründe: Hoher Zeitbedarf für die Entwicklung und Zulassung



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↪ Im Zusammenhang damit:

- Ergänzendes Schutzzertifikat (z.B. EU, USA):
 - Bietet denselben Schutz wie das Grundpatent
 - Laufzeit: Maximal 5 Jahre nach Ablauf des Grundpatents
 - Verlängerung der effektiven Patentschutzzeit auf maximal 15 Jahre
- Verwertungssperre („Zweitanmelderregelung“):
 - Bezug: Generische Zulassung
 - Bezugnahme auf Unterlagen des Erstanmelders ohne dessen Zustimmung:
 - » Erst acht Jahre nach der (Erst-)Zulassung möglich
 - » Inverkehrbringen frühestens 10 Jahre nach (Erst-)Zulassung

↪ Generikafähige Wirkstoffe:

- Wirkstoffe, deren Patentschutz abgelaufen ist
- (Wirkstoffbezogener) Wettbewerb unter den Herstellern möglich



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↳ Generikafähiger Markt:

- Teilmarkt des Gesamtmarktes → Bezug auf generikafähige Wirkstoffe
- Komplementär dazu: Markt für patentgeschützte Arzneimittel

↳ Innovative Arzneimittel:

- Durchbruch-Innovationen:
 - Originalpräparate
 - Erheblicher therapeutischer Zusatznutzen
- Analog-Präparate:
 - Originalpräparate, die
 - » „marginale“ Innovationen darstellen
 - » als „me-too“-Präparate bezeichnet werden
 - Kennzeichen: Geringer therapeutischer Zusatznutzen



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↳ „Orphan drugs“ (bzw. orphan-Arzneimittel)

- Arzneimittel zur Therapie seltener Erkrankungen bzw. Leiden
- Ohne weitere Vorkehrungen schwacher Anreiz für Innovationen
 - Grund: Geringe Marktgröße
 - Begründung für staatliche Fördermaßnahmen (z.B. USA, EU)

↳ Importarzneimittel:

- Reimport:
 - Für ein solches Arzneimittel gilt:
 - » Herstellung in einem EWR-Staat und dort auch zugelassen
 - » Export in einen anderen EWR-Staat
 - » (Re-)Import in den ursprünglichen EWR-Staat (z.B. Deutschland)
 - Identisch mit dem Arzneimittel, das im (Re-)Importland angeboten wird



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

- Parallelimport:
 - Kennzeichen des Arzneimittels:
 - » In einem EWR-Staat hergestellt und dort zugelassen
 - » Im Wesentlichen identisch mit Referenzarzneimittel in anderem EWR-Staat
 - „Im Wesentlichen identisch“ bedeutet:
 - » Wirkstoff: Art und Menge identisch, ebenso Darreichungsform
 - » Abweichungen bei Hilfsstoffen sind akzeptabel
 - Notwendige Voraussetzung: Zulassung im Importstaat
 - » Bezugnahme auf das Referenzarzneimittel möglich
 - » Vereinfachtes Verfahren (nur Teil der Unterlagen vorzulegen)
 - Beim Import ist ggf. „umzupacken“ (Packung, Beipackzettel in deutsch)
 - Häufig identisch mit Referenzarzneimittel



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

- Arzneimittelmarkt:
 - ↳ Gesamtmarkt:
 - Markt für patentgeschützte Arzneimittel
 - Generikafähiger Markt
 - ↳ Große Dynamik:
 - Einführung neuer Arzneimittel
 - Herausnahme alter Arzneimittel
- Umsatzstrukturen der Apotheken (Abb. 24):
 - ↳ Die Verordnungen umfassen
 - verschreibungspflichtige und
 - teilweise auch apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
 - ↳ Die Selbstmedikation umfasst
 - apothekenpflichtige, nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel (teilweise)
 - freiverkäufliche Arzneimittel (vollständig)



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

↪ Vergleich von Umsatzanteil und Anteil an den Packungszahlen:

- Jeweils (deutlich) höherer Anteil am Umsatzwert als an den Packungszahlen für
 - verschreibungspflichtige sowie verordnete Arzneimittel
 - verordnete (relativ zu allen) nicht verschreibungspflichtige(n) Arzneimittel(n)
- Gründe: Im Durchschnitt höhere Preise
 - der verschreibungspflichtigen sowie der verordneten Arzneimittel
 - der verordneten nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel

➤ Entwicklung im GKV-Arzneimittelmarkt („Gesamtmarkt“, Abb. 25):

↪ Verordnungen: Rückgang 2005/2006, danach geringfügiges Wachstum

↪ Umsatz:

- Der Umsatz entspricht dem GKV-Fertigarzneimittelumsatz (Abb. 28)
- Nettokosten: Umsatz abzüglich gesetzlich festgelegter Abschläge



Arzneimittelmarkt: Informationen zur Struktur

- Entwicklung:
 - In der Regel deutlicher Anstieg gegenüber dem Vorjahr
 - Ausnahmen beruhen z.B. auf dem Einfluss gesetzlicher Maßnahmen

↪ Folge: Starkes Wachstum des durchschnittlichen Wertes je Verordnung

➤ Entwicklung der Zweitanmelder

↪ am Gesamtmarkt (Abb. 26):

- Verordnungsanteil: Zunächst deutliches Wachstum, zuletzt Stagnation
- Umsatzanteil: Schwankend, zuletzt (und auch insgesamt) gesunken

↪ am generikafähigen Markt:

- (Nahezu) stetiges Wachstum
 - der Umsatzanteile (2010 und 2011 allerdings deutlicher Rückgang)
 - der Verordnungsanteile
- Der Umsatzanteil ist stets geringer als Verordnungsanteil



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

- Forschung und Entwicklung (F&E) bei einem Originalpräparat (Abb. 27):
 - ↪ Enormer Zeitaufwand (Durchschnittswerte):
 - Etwa 4,5 Jahre für weitere Forschung im Anschluss an die Patenterteilung
 - Etwa 7,5 Jahre für Entwicklung und Erprobung
 - Etwa 1,5 Jahre für die Prüfung der Zulassungsunterlagen
 - ↪ Hohes Ausmaß an Unsicherheit:
 - Nur eine sehr geringe Anzahl von Substanzen erhält (schließlich) die Zulassung
 - Zu Beginn der Prüfungen: Erhebliche Unsicherheit bezüglich der Wirkungen
 - Risiko von (nicht vorhersehbaren) Komplikationen:
 - Bsp. Wirkstoff „TGN1412“ der deutschen Pharma-Firma TeGenero (2006)
 - Bsp. Wirkstoff „BIA 10-2474“ der portugiesischen Firma Bial-Portela (2016)
 - Abbruch der klinischen Prüfung wegen lebensbedrohlicher Komplikationen



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

- ↪ Folgerungen: F&E bei Arzneimitteln gekennzeichnet durch
 - hohen Ressourceneinsatz
 - Erträge, die im Vergleich zu den Aufwendungen
 - mit einem deutlich höherem Risiko behaftet sind
 - erst weit in der Zukunft anfallen
- ↪ Empirisch gilt für die Rendite von F&E-Investitionen im Pharma-Bereich:
 - Die mittlere Rendite beträgt ca. 7 %
 - Viele Renditen unter, einige wenige (deutlich) über dem Durchschnitt
 - Etwa 70 % der Originalpräparate erwirtschaften ihre Entwicklungskosten nicht (!)
 - Folge: Die Median-Rendite ist negativ
- ↪ Die (wenigen) sehr erfolgreichen Originalpräparate finanzieren die F&E-Aufwendungen
 - für weniger erfolgreiche Präparate
 - für „Misserfolge“



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

➤ Bedeutung des Patentschutzes:

↪ Zeitlich befristetes Monopol:

- Aussicht auf ökonomische Gewinne
- Anreize für F&E: Finanziell, Reputation, Wissen und Kompetenz

↪ Von Branche zu Branche unterschiedlich:

- Teilweise irrelevant:
 - PC-Software (sehr schnelle Entwicklungszeiten)
 - Flugzeugbau (sehr hoher Kapitaleinsatz)
- Teilweise von großer Bedeutung:
 - Zum Beispiel bei Arzneimitteln
 - Grund: Arzneimittel sind relativ leicht „nachzubauen“
 - Ohne Patentschutz: Gefahr mangelnder finanzieller Anreize zu Innovationen



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

- Welche Wohlfahrtseffekte entfaltet der Patentschutz?
 - ↳ Zu berücksichtigende Perspektiven:
 - Kurzfristige Perspektive (statische Betrachtung)
 - Langfristige Perspektive (dynamische Betrachtung)
 - ↳ Im Folgenden lediglich qualitative Analyse
- Kurzfristiger Wohlfahrtseffekt:
 - ↳ Bezug:
 - Originalpräparat während der effektiven Patentlaufzeit
 - Angebot zu einem Preis (deutlich) über den Grenzkosten
 - Grund: Fehlende Konkurrenz
 - ↳ Ohne Patentschutz
 - könnten Generika (deutlich) schneller zugelassen werden
 - könnte die Versorgung, bezogen auf den Wirkstoff, (deutlich) günstiger erfolgen



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

↪ Fazit:

- Kurzfristig verhindert der Patentschutz eine kostengünstigere Versorgung
- Dieser Wohlfahrtseffekt ist aus gesellschaftlicher Perspektive negativ

➤ Langfristiger Wohlfahrtseffekt:

↪ Bezug: Zeitpunkt vor

- dem Einsatz von Ressourcen für F&E
- der Entwicklung eines neuen Arzneimittels

↪ Der Patentschutz

- stiftet einen finanziellen Anreiz für Innovationen
- sorgt im Zeitverlauf für eine bessere Versorgung mit Arzneimitteln

↪ Fazit:

- Langfristig entstehen positive Gesundheitseffekte
- Dieser Wohlfahrtseffekt für die Gesellschaft fällt positiv aus



Zur ökonomischen Bedeutung des Patentschutzes

- Eine (kleine) Erhöhung der Patentlaufzeit
 - ↪ bewirkt kurzfristig
 - eine Verringerung des Preiswettbewerbs
 - höhere Kosten für innovative Arzneimittel
 - ↪ führt langfristig zu
 - einem stärkeren Wettbewerb um innovative Arzneimittel
 - einer höherwertigen Arzneimittelversorgung
- Empirische Asymmetrie: Ein geringerer Umfang des Patentschutzes bewirkt
 - ↪ einen *vorab* leicht erkennbaren Vorteil in Gestalt
 - eines früher einsetzenden Preiswettbewerbs
 - einer schneller eintretenden preisgünstigen Versorgung
 - ↪ einen *vorab* kaum ermittelbaren Nachteil in Gestalt
 - von Innovationen, die später oder gar nicht zustande kommen
 - von nicht oder „später“ realisierten Verbesserungen des Gesundheitszustands



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

➤ Preisbildung bei Arzneimitteln:

↳ Preisbestandteile eines Rx-Arzneimittels:

- Geregelt in der aktuell gültigen Arzneimittelpreisverordnung
- Basis: Abgabepreis pharmazeutischer Unternehmer (ApU) netto (ohne MwSt)
- Großhandelszuschlag (Bezug: ApU [netto]):
 - Zuschlag von 3,15 %, Begrenzung auf maximal 37,80 €
 - Zusätzlich: Festzuschlag von 0,70 €
- Zwischenergebnis: Apothekeneinkaufspreis AEP (netto)
- Apothekenzuschlag (Bezug: AEP [netto]):
 - Zuschlag von 3 % plus Festzuschlag von 8,35 €
 - Weiterer Zuschlag von 0,21 € (Nacht- und Notdienstzuschlag)
- Normalsatz der Mehrwertsteuer (MwSt), derzeit 19 %
- Ergebnis: Apothekenverkaufspreis AVP (einheitlich für jede Apotheke)



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

↪ Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:

- Grundsätzlich freie Preisbildung:
 - Apotheke legt den Preis fest
 - Unterschiedliche AVP sind möglich
- Preisbildung bei Abgabe zu Lasten der GKV:
 - Geregelt in der Arzneimittelpreisverordnung (am 31.12.2003 gültige Fassung)
 - Basis: ApU
 - Zuschläge:
 - » Großhandel und Apotheke
 - » Andere Höhe und Struktur als in der aktuellen Verordnung
 - Mehrwertsteuer
 - Ergebnis: AVP (einheitlich für jede Apotheke)
- Unterschiedliche AVP bei Selbstmedikation und Abgabe zu Lasten der GKV



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

- Umsatzeffekte auf dem „Arzneimittelmarkt“:
 - ↳ Kennzeichen:
 - Ziel: Information über die Bestimmungsfaktoren des Arzneimittelumsatzes
 - Umsetzung:
 - Zerlegung der *Umsatzentwicklung* in einzelne Komponenten
 - Bezug: Umsatz in einem Basisjahr und in einem (späteren) Berichtsjahr
 - ↳ Bezugsgröße (Abb. 28): GKV-Arzneimittelumsatz als Ausgaben, die
 - dem Brutto-Apothekenumsatz mit GKV-Rezepten für Fertigarzneimittel entsprechen
 - *nicht* den GKV-Ausgaben für Arzneimittel entsprechen
 - ↳ Gründe:
 - Im GKV-Arzneimittelumsatz
 - ist kein Praxis- bzw. Sprechstundenbedarf enthalten
 - sind Umsätze mit GKV-Rezepten z.B. für Verbandstoffe nicht enthalten



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

- Die GKV-Ausgaben enthalten nicht
 - die Zuzahlungen der Versicherten
 - die gesetzlichen Abschläge (Apothekenabschlag, Herstellerabschlag)

↳ Bezug:

- Analyse des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WIdO)
- Jährliche Veröffentlichung: Arzneiverordnungs-Report

➤ Analyse des WIdO:

↳ Zerlegung der Umsatzentwicklung in Komponenten (Abb. 29):

- Verordnungszahlen
- Wert je Verordnung, darunter
 - Preisindex
 - Warenkorb
 - Struktur (mit Teilkomponenten)



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

↪ Konkret (Abb. 30):

- Vorzeichen (jeweils bei isolierter Betrachtung): Eine Komponente
 - fällt positiv aus, falls diese eine Erhöhung des Umsatzes bewirkt hat
 - fällt negativ aus, falls diese eine Verringerung des Umsatzes bewirkt hat
- Warenkorbkomponente:
 - Ordnet Arzneimitteln, die lediglich in einer der beiden Perioden auf dem Markt sind, Preise nach Maßgabe der Komponente Preisindex zu
 - Folge: Umsatzeffekte, die aufgrund des Markteintritts oder -austritts von Arzneimitteln resultieren, fallen *nicht* bei dieser Komponente an
 - Deshalb: Trotz der Dynamik des Arzneimittelmarkts unbedeutend
- Die Strukturkomponente erfasst Umsatzeffekte bei
 - unveränderten Preisen der Arzneimittel
 - konstanter Anzahl der Verordnungen



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

↪ Veranschaulichung anhand von Beispielen:

- Voraussetzung (jeweils): Zwischen Basis- und Beobachtungsjahr
 - tritt die jeweils behandelte Änderung auf
 - bleiben die übrigen Größen in der Regel unverändert
- Verstärkte Verordnung größerer Packungen im Beobachtungsjahr:
 - Bei unveränderter Anzahl der Verordnungen ist
 - » der Intramedikamenteneffekt positiv (höhere Preise größerer Packungen)
 - » somit die Strukturkomponente positiv
 - » der Umsatzeffekt positiv
 - Bei *entsprechend* verringerter Zahl der Verordnungen
 - » sind Intramedikamenteneffekt und Strukturkomponente positiv
 - » fällt der Umsatzeffekt negativ aus



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

- Verstärkte Verordnung patentgeschützter Arzneimittel im Beobachtungsjahr:
 - Betrifft den Intermedikamenteneffekt und damit die Strukturkomponente
 - Wenn patentgeschützte Arzneimittel im Durchschnitt
 - » höherpreisig sind, fällt die Strukturkomponente positiv aus
 - » niedrigere Preise aufweisen, ist die Strukturkomponente negativ
- Höhere Zuzahlungen im Beobachtungsjahr:
 - Die Veränderung betrifft keine Komponente unmittelbar
 - Ergebnis:
 - » Kein Umsatzeffekt
 - » Verringerung der GKV-Ausgaben für Arzneimittel
 - Eine Verringerung der Verordnungszahlen
 - » kann als Folge der betrachteten Änderung auftreten
 - » ist hier aufgrund der o.a. Voraussetzung nicht zu berücksichtigen



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

↪ Zur Interpretation von Umsatzeffekten:

- Das Verordnungsgeschehen wird beeinflusst durch
 - die Morbidität der Versicherten (Umfang, Struktur)
 - das Verhalten der Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung
 - die Verfügbarkeit von Arzneimitteln
 - gesetzliche Vorgaben (z.B. Erstattungsfähigkeit)
- Folgerungen:
 - Veränderungen des Verordnungsgeschehens
 - » Bezug: Veränderungen von Anzahl und Struktur der Verordnungen
 - » Verschiedene Ursachen sind möglich
 - Die Analyse der Umsatzeffekte
 - » liefert wichtige Informationen
 - » kann jedoch allein keine Ursachen identifizieren



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

- Gründe einer stärkeren Verordnung patentgeschützter Arzneimittel (Auswahl):
 - Veränderungen in der Morbidität der Versicherten
 - Veränderungen in der Verfügbarkeit von Arzneimitteln (Erstzulassungen)
- Empirische Umsatzeffekte:
 - ↳ Komponenten und gesamter Umsatzeffekt:
 - Es gilt: Summe der Komponenten \approx Umsatzentwicklung
 - Näherung ist gut, solange die Komponenten jeweils kleiner als 5 % sind
 - ↳ 2003/04 (Abb. 31):
 - Drastische Effekte aufgrund
 - des GKV-Modernisierungsgesetzes
 - der deutlichen Einschränkung der Erstattungsfähigkeit von Arzneimitteln
 - Deutlicher Umsatzrückgang



Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

- Teileffekte:
 - Drastischer Rückgang der Verordnungen
 - Großer Anstieg des Werts je Verordnung
 - » Stark positive Strukturkomponente (primär: Intermedikamenteneffekt)
 - » Verringerung des Preisindex

↳ 2018/19 (Abb. 32):

- Leichte Erhöhung der Anzahl der Verordnungen um 1,1 %
- Deutlicher Anstieg des Werts je Verordnung um 4,5 %
 - Negative Preiskomponente
 - Deutlich positive Strukturkomponente
 - » Hoher Intermedikamenteneffekt
 - » Geringer Intramedikamenteneffekt
- Per Saldo ergab sich ein Umsatzzuwachs von 5,7 %

Umsatzanalyse auf dem GKV-Arzneimittelmarkt

➤ Umsatzentwicklung 2013 – 2019 gemäß Arzneiverordnungs-Report (Abb. 33):

↳ Umsatz:

- Entwicklung mit stets positiven Wachstumsraten (jeweils über 2 %)
- 2013/14, 2014/15 und 2018/19 jeweils mit hoher Steigerung

↳ Verordnungen:

- Entwicklung überwiegend mit positiver Wachstumsrate
- 2016/17 und 2017/18 jeweils leichter Rückgang, insgesamt Wachstum

↳ Wert je Verordnung:

- Entwicklung mit stets positiver Wachstumsrate
- Mit Ausnahme von 2015/16 jeweils mit hoher Steigerung

↳ Struktur:

- Entwicklung stets mit positiver Wachstumsrate
- Steigerungsrate teilweise deutlich größer als beim Umsatz



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

➤ Verordnung von Arzneimitteln:

↳ Wer ist beteiligt? Welche Faktoren sind (anreiz-)relevant?

- Hersteller/pharmazeutischer Unternehmer:
 - ApU (netto)
 - Gesetzlicher Herstellerabschlag, ggf. Rabatt
- Versicherter (als „Nachfrager“):
 - Gesundheits- und damit Nutzeneffekte durch Arzneimittel
 - Zuzahlungen als (einzelwirtschaftliche) Kosten
- Arzt (Verordnung):
 - Auswirkungen auf das Honorarvolumen:
 - » Im Normalfall kein direkter Effekt
 - » Verringerung beim Nachweis „unwirtschaftlicher“ Verordnungen
 - Reputationseffekte bei den Patienten



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Apotheke (Abgabe):
 - Eigener Aufwand (auch durch Restriktionen bezüglich der Abgabe)
 - Höhe des Zuschlags
 - Höhe des gesetzlichen Abschlags
- Krankenkasse (Finanzierung):
 - Höhe der Gesundheitsausgaben:
 - » Direkter Effekt (Ausgaben für Arzneimittel)
 - » Indirekte Effekte sind möglich (bei Einfluss auf andere Leistungsarten)
 - Umfang der Leistungspflicht:
 - » Gesetzliche Einschränkungen der verordnungsfähigen Arzneimittel
 - » Regelungen zu Zuzahlungen und gesetzlichen Abschlägen
 - Kassenindividuelle Regelungen (z.B. Rabatte pharmazeutischer Unternehmen)

↳ Steuerungsinstrumente setzen an Handlungsoptionen und/oder Anreizen an

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Kriterien zur Beurteilung:
 - ↳ Umsatzeffekte nach dem WldO-Konzept
 - 1. Stufe: (Umsatz-)Effekte unter sonst gleichen Voraussetzungen
 - 2. Stufe: Weitere (Umsatz-)Effekte
 - ↳ Einfluss auf die GKV-Arzneimittelausgaben
 - Kurze Frist: Niveaueffekt
 - Lange Frist: Veränderung der Entwicklung
 - ↳ Veränderung relevanter Anreize für den Arzt, den Apotheker und den Versicherten
 - ↳ Einfluss auf die Versorgung der Versicherten (Kosten und Qualität der Versorgung)
- Referenzfall ohne Steuerung (Bezug: Verordnete Arzneimittel):
 - ↳ Keine wirtschaftliche Versorgung zu erwarten
 - ↳ Fehlende oder unzureichende Anreize bei Versicherten, Ärzten oder Apotheken



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Abgabe eines zu Lasten der GKV verordneten Arzneimittels – Höhe des Erstattungsbetrags
 - ↳ Vom Apothekenverkaufspreis sind abzuziehen:
 - Zuzahlung des Versicherten
 - Gesetzlich festgelegte Abschläge (Apotheken, Hersteller)
 - ↳ Folgen:
 - Unterschied zwischen AVP und Erstattungsbetrag
 - Unterschiedliche Entwicklung beider Größen bei Veränderungen der Abzüge
 - ↳ Zuzahlungen der Versicherten:
 - Allgemeine Regelung (Abb. 34a)
 - Bezug: Verordnete Arzneimittel, die von der GKV erstattet werden
 - Grundsätzlich 10 % des Apothekenabgabepreises
 - Mindestens 5,- € bzw. für $AVP \leq 5 \text{ €}$ in Höhe des AVP, höchstens 10,- €



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Ausnahmen:
 - Vollständige Befreiung (generell):
 - » Kinder
 - » Jugendliche
 - Erwachsene *nach* Erreichen der Belastungsgrenze für Zuzahlungen:
 - » Allgemein: 2 % der jährlichen Bruttoeinnahmen zum Lebensunterhalt
 - » Für chronisch Kranke gilt eine Grenze in Höhe von 1 %
 - Bezug aller Größen auf ein Kalenderjahr:
 - » *Sämtliche* Zuzahlungen für Gesundheitsleistungen
 - » Ausgenommen: Zahlungen für Arzneimittel „oberhalb eines Festbetrags“
 - 2019:
 - » Insgesamt etwa 5,42 Mio. zuzahlungsbefreite Versicherte
 - » Etwa 5,05 Mio. Versicherte → niedrigere Belastungsgrenze



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Empirische Daten (Abb. 34b):
 - Zuzahlungen für Fertigarzneimittel 2010 – 2019
 - Im Zeitverlauf sinkender Anteil an den Nettokosten
 - Einfluss auch weiterer Regelungen, die später betrachtet werden:
 - » Zuzahlungen aufgrund von Festbeträgen
 - » Zuzahlungsbefreiungen
- Beurteilung:
 - Umsatzeffekte einer Einführung der allgemeinen Zuzahlungsregelung:
 - » Rückgang der Verordnungen
 - » Gegebenenfalls negative Strukturkomponente
 - Anreiz für Versicherte, gegeneinander abzuwägen:
 - » Zusatznutzen eines höherpreisigen Arzneimittels
 - » (Unter Umständen) höhere Zuzahlung

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↳ Gesetzlicher Apothekenabschlag (§ 130 SGB V):

- Voraussetzung:
 - Krankenkasse begleicht Rechnung der Apotheke innerhalb von 10 Tagen
 - Interpretation: Skonto
- Rx-Arzneimittel:
 - Abschlag in Höhe von 1,77 Euro
 - Unabhängig von ApU oder AVP
- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel
 - Abschlag in Höhe von 5 % des AVP
 - Falls ein Festbetrag FB besteht:
 - » 5 % vom AVP oder vom FB (falls dieser geringer ist)
 - » Für AVP > FB spielt AVP keine Rolle
 - In der Regel abhängig von der Höhe des AVP



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↳ Gesetzlicher Herstellerabschlag:

- Allgemein (§ 130a Absatz 1 SGB V):
 - Grundsätzlich 7 % des ApU (netto)
 - Für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel: 6 % des ApU (netto)
 - Patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel
 - » Referenzarzneimittel und Generika mit demselben patentfreien Wirkstoff
 - » Bezug: Generikafähiger Markt, mindestens zwei Anbieter des Wirkstoffs
- „Generikaabschlag“ (§ 130a Absatz 3b SGB V):
 - 10 % des ApU (netto)
 - Gilt (zusätzlich) für patentfreie wirkstoffgleiche Arzneimittel
- Für das Arzneimittel besteht ein Festbetrag:
 - Allgemeiner Abschlag entfällt
 - „Generikaabschlag“ bleibt bestehen



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Umsetzung:
 - Apotheke
 - » kürzt ihre Forderung gegenüber der GKV um den Abschlag
 - » finanziert damit den Herstellerabschlag vor
 - Hersteller leistet Erstattung an die Apotheke innerhalb von 10 Tagen
- Indirekte Preissteuerung durch den Herstellerabschlag („Preismoratorium“):
 - ↳ Bezug (§ 130a Absatz 3a SGB V):
 - Arzneimittel, für die kein Festbetrag besteht
 - Zeitraum: 01.08.2010 – 31.12.2022
 - Basispreis: ApU (netto) am 01.08.2009 oder bei (später erfolgter) Markteinführung
 - ↳ Regelung:
 - Erhöhung Basispreis erhöht in gleichem Umfang den Herstellerabschlag
 - Verrechnung mit anderen Erhöhungen (allgemeiner Abschlag, „Generikaabschlag“)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Was gilt als Erhöhung des Basispreises?

- Bis 30.06.2018 jede Erhöhung von ApU (netto)
- Ab 01.07.2018:
 - Erhöhung über der jährlichen Steigerungsrate des VPI
 - VPI: Verbraucherpreisindex

↪ Zur Veranschaulichung: Arzneimittel, dessen Basispreis 50 Euro beträgt

- Beispiel 1: Erhöhung des Basispreises am 01.10.2015 auf 60 Euro
 - Erhöhung des gesetzlichen Herstellerabschlags um 10 Euro
 - Darunter: Erhöhung allgemeiner Abschlag um 0,70 Euro
- Beispiel 2:
 - Steigerungsrate des VPI 2016/17: 2 %
 - Erhöhung des Basispreises ab 01.07.2018
 - » auf 51 Euro: Herstellerabschlag *gemäß Preismoratorium* unverändert
 - » auf 52 Euro: Gesetzlicher Herstellerabschlag um 1,07 Euro höher



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

➤ Negativliste:

↪ Umfasst Arzneimittel, die nicht zu Lasten der GKV verordnet werden dürfen:

- Entweder expliziter Ausweis
- Oder implizite Definition anhand von Kriterien

↪ In Deutschland:

- Nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel:
 - Seit 2004 *grundsätzlich* nicht mehr erstattungsfähig
 - Ausnahmen (Auswahl):
 - » Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (allgemein)
 - » Therapiestandard bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen
- Einzelne Rx-Arzneimittel (anwendungsbezogen), z.B. zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten
- Arzneimittel, die vorrangig eine Erhöhung der Lebensqualität bewirken (z.B. Viagra)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Umsatzeffekte aufgrund einer *Erweiterung* der Negativliste:

- 1. Stufe:
 - Verordnungszahlen: Rückgang
 - Strukturkomponente: Effekt hängt davon ab, ob die nicht mehr zu erstattenden Arzneimittel im Durchschnitt als hoch- oder niedrigpreisig einzustufen sind
 - Vorzeichen des Saldos (Umsatzeffekt): Eindeutig negativ
- 2. Stufe:
 - Versicherte: Anreiz, eine Substitution zu bewirken
 - Insoweit dies gelingt, kommt es zu weiteren Umsatzeffekten
- Per saldo ist bei unveränderter Morbidität der Versicherten zu erwarten:
 - Im Vergleich zu Stufe 1 geringerer Rückgang der Verordnungszahlen
 - Positive Strukturkomponente
 - Negativer Umsatzeffekt



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Weitere Effekte:

- Höheres finanzielles Krankheitsrisiko der Versicherten
- Substitution auf Stufe 2: Aus gesamtwirtschaftlicher Sicht unnötige Zusatzkosten
- Voraussetzungen:
 - Alternativ verordnete sind teurer als die Arzneimittel auf der Negativliste
 - Keine positiven Gesundheitseffekte infolge *dieser* Substitution

↪ Beurteilung:

- Auswirkungen auf die GKV-Ausgaben für Arzneimittel:
 - Niveau-Effekt (zum Zeitpunkt der Erweiterung)
 - Kein dauerhafter Effekt auf die Entwicklung im Zeitablauf
- Weitere Aspekte:
 - Möglichkeit, moral hazard 2. Art in der GKV einzuschränken
 - Begrenzte Anwendbarkeit



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

➤ Festbeträge für Arzneimittel:

↳ Festbetrag:

- Bezug jeweils auf eine vorab festgelegte Gruppe von Arzneimitteln
- Interpretation als Erstattungshöchstbetrag
- In Deutschland fällt die tatsächliche Erstattung geringer aus

↳ In Deutschland: Festbetragsregelung (Grundlage: § 35 SGB V)

- Einführung 1989, seither mehrfach modifiziert
- Das Verfahren umfasst zwei Schritte:
 - Der G-BA bildet jeweils Gruppen von Arzneimitteln
 - » mit denselben Wirkstoffen (Stufe 1)
 - » mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen (Stufe 2)
 - » mit therapeutisch vergleichbarer Wirkung (Stufe 3)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- GKV-Spitzenverband: Legt den Festbetrag für eine Arzneimittelgruppe fest
- Ausgenommen: Patentgeschützte Arzneimittel
 - » mit neuartiger Wirkungsweise oder
 - » die eine therapeutische Verbesserung beinhalten
- Festsetzung der Festbeträge:
 - Zum Festbetrag soll eine Versorgung mit Arzneimitteln gewährleistet sein,
 - » die ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich ist
 - » die in der Qualität gesichert ist
 - Zur Orientierung wird das „untere Preisdrittel“ ermittelt:
 - » Bezug: Preise aller Arzneimittel einer Gruppe, ausgenommen hochpreisige Arzneimittel mit einem Verordnungsanteil $< 1\%$
 - » Preisspanne für Standardpackung: $\Delta p = p_{\max} - p_{\min}$
 - » Unteres Preisdrittel: Preise zwischen p_{\min} und $p_{\min} + (1/3) \cdot \Delta p$



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Der Festbetrag *soll* nicht oberhalb von $p_{\min} + (1/3) \cdot \Delta p$ festgesetzt werden
- Zum Festbetrag *müssen* Arzneimittel verfügbar sein im Umfang von
 - » mindestens 20 % der Verordnungen sowie
 - » mindestens 20 % der Packungen
- Im Zeitverlauf: Überprüfung der Festbeträge mindestens einmal pro Jahr
 - Beispiel HMG-CoA-Reduktasehemmer, Gruppe 1 (z.B. Simvastatin)
 - » Festbetrag der Stufe 2, Wirkstoffstärke 40 mg, 100 Filmtabletten
 - » Festbetrag 01.04.2010: 49,99 €
 - » Festbetrag 15.03.2021: 21,43 €
 - Marktabdeckung (Stand: 01.06.2019): Die Festbetragsarzneimittel umfassen
 - » knapp 80 % der Verordnungen von Arzneimitteln und
 - » etwa 35 % des Umsatzes mit Arzneimitteln



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Regelmäßige Zuzahlungen für Arzneimittel, deren Apothekenverkaufspreis
 - den Festbetrag nicht übersteigt: Übliche („untere“) Zuzahlung
 - den Festbetrag übersteigt:
 - » *Zusätzliche* („obere“) Zuzahlung
 - » Patient ist bei der Verordnung darauf hinzuweisen (§ 73 Absatz 5 SGB V)

↳ Umsatzeffekte aufgrund neuer Festbeträge:

- 1. Stufe:
 - Berichtsjahr: Zuzahlungen steigen, GKV-Ausgaben sinken in gleichem Umfang
 - Keine Veränderung der betrachteten Umsatzgröße
- 2. Stufe: Wenn die Hersteller von Arzneimitteln, deren Preise höher liegen,
 - ihre Preise auf den Festbetrag (oder darunter) senken (Fall 1):
 - » Verringerter Preisindex → Preiskomponente negativ
 - » Keine weiteren Effekte



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- ihre Preise nicht verändern (Fall 2):
 - » Preisindex unverändert
 - » Arzneimittel mit höheren Zuzahlungen: Geringere Inanspruchnahme
 - » Negative Strukturkomponente (Intermedikamenteneffekt)
- ihre Preise teilweise senken (Fall 3): Preis- und Strukturkomponente negativ
 - Saldo: Negativer Umsatzeffekt
- ↪ Empirische Wirkungen:
 - Veränderungen des Preisindexes im Festbetragsmarkt (Abb. 35)
 - Förderung des Preiswettbewerbs *oberhalb des Festbetrags*
- ↪ Stiften die Arzneimittel einer Festbetragsgruppe vergleichbare Nutzeneffekte?
 - Relevante Aspekte:
 - Verbesserung des Gesundheitszustands
 - Verträglichkeit und Therapietreue (Compliance)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Festbetragsgruppen der Stufen 2 und 3: Fallbeispiel „Sortis“:
 - Statin zur Vorbeugung von Herzinfarkt und Schlaganfall
 - Einordnung in Festbetragsgruppe der Stufe 2 durch den G-BA (Juli 2004)
 - Festbetrag deutlich unter dem Apothekenverkaufspreis von Sortis
 - Kontroverse Einschätzung der therapeutischen Wirksamkeit

↪ Wirkungen:

- GKV-Ausgaben für Arzneimittel:
 - Niveau-Effekt bei Einführung von Festbeträgen
 - Weitere Effekte bei Anpassungen im Zeitverlauf
- Hersteller:
 - Verringerung des finanziellen Anreizes für F&E
 - Einfluss auf Preisstrategie der Hersteller



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Zuzahlungsbefreiungen gemäß § 31 Absatz 3 SGB V (seit 2006):
 - ↪ Bezug auf Arzneimittel,
 - die einem Festbetrag unterliegen
 - deren ApU (netto) mindestens 30 % unter dem *entsprechenden* Festbetrag FB* liegt
 - ↪ Folgen:
 - Gesetzlicher Herstellerabschlag entfällt: Kein „Generikaabschlag“
 - GKV-Spitzenverband:
 - Befreiung von der (regelhaften) Zuzahlung kann beschlossen werden
 - Voraussetzung: Einsparungen sind dadurch zu erwarten
 - ↪ Verfahren: Prüfung anhand einer Zuzahlungsbefreiungsgrenze (ZG)
 - Schritt 1: FB* entspricht dem Festbetrag *abzüglich* der
 - Mehrwertsteuer
 - Zuschläge für Großhandel und Apotheken



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Schritt 2: ZG entspricht $0,7 \cdot \text{FB}^*$ *zuzüglich* der
 - Zuschläge für Großhandel und Apotheken
 - Mehrwertsteuer
- Die zu prüfende Voraussetzung ist erfüllt, wenn $\text{AVP} \leq \text{ZG}$ gilt

↳ Beispiel: Simvastatin Stada 40 mg (100 Tabletten)

- Preis: 18,31 € Festbetrag: 21,43 €
- Ermittlung von ZG: $\text{FB}^* = 8,21 \text{ €}$; $0,7 \cdot \text{FB}^* = 5,75 \text{ €}$; $\text{ZG} = 18,31 \text{ €}$
- Der GKV-Spitzenverband hat die Zuzahlungsbefreiung beschlossen

↳ Veränderung der GKV-Arzneimittelausgaben:

- Effekt grundsätzlich unklar:
 - Verringerung des AVP → Entlastung
 - Zuzahlungsbefreiung und Wegfall „Generikaabschlag“ → Belastung



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Umsetzung durch den GKV-Spitzenverband lässt Einsparung erwarten
- Mittelfristig ermöglicht die Regelung
 - die Verringerung von Festbeträgen und damit
 - weitere Entlastungseffekte

↳ GKV-Spitzenverband

- hat die Möglichkeit, den Ausgabeneffekt durch seine Entscheidung zu steuern
- passt die Liste der zuzahlungsbefreiten Arzneimittel regelmäßig an

↳ Ergebnis:

- (Umfangreiche) Liste zuzahlungsbefreiter Arzneimittel
- Regelmäßige Aktualisierung (alle 2 Wochen)
- Förderung des Preiswettbewerbs *unterhalb des Festbetrags*
- Im Zeitverlauf sind geringere GKV-Arzneimittelausgaben zu erwarten



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Steuerung der Abgabe von Arzneimitteln in Apotheken:
 - ↳ Grundsätzlich gilt ein Substitutionsverbot:
 - Apotheke darf nur das ärztlich verordnete Arzneimittel abgeben
 - Ausnahmen sind unter bestimmten Umständen zulässig
 - ↳ Vorgaben zur Abgabe von Arzneimitteln durch Apotheken:
 - Rechtliche Grundlagen (Auswahl):
 - § 129 SGB V (insbes. Absatz 1)
 - Rahmenvertrag Deutscher Apothekerverband und GKV-Spitzenverband
 - Anwendung der Regelungen:
 - Ausgangspunkt: Ärztliche Verordnung (verschiedene Fälle möglich)
 - Fall legt den Auswahlbereich der Apotheke fest, der alle Arzneimittel enthält, die für die Abgabe in Betracht zu ziehen sind
 - Abgabe gemäß Abgaberangfolge (jeweils mit Vorrang für Rabattarzneimittel)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↳ Grundlagen

- Aut-idem-Konformität:
 - Bezug: Ärztlich verordnetes Arzneimittel
 - Anforderungen an Arzneimittel, die auch für die Abgabe in Betracht kommen:
 - » Gleicher Wirkstoff, Wirkstärke und Packungsgröße identisch
 - » Zulassung für ein gleiches Anwendungsgebiet
 - » Gleiche oder austauschbare Darreichungsform
- Preisvergleich von Arzneimitteln:
 - Bezug: Abgabepreis (AVP) abzüglich gesetzlicher Herstellerabschlag (P)
 - Preisanker:
 - » Bezug: Auswahlbereich der Apotheke
 - » Obergrenze für den Preis des abzugebenden Arzneimittels
 - Arzneimittel *preisgünstiger* als der Preisanker, wenn sein Preis P geringer ist



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Mehrfachvertrieb:
 - Bezug: Arzneimittel mit patentgeschütztem Wirkstoff
 - Vertrieb
 - » unter verschiedenen Handelsnamen
 - » durch einen oder mehrere Hersteller
 - Diese Arzneimittel, die jeweils kein IAM sind, heißen *Parallelarzneimittel*
- Rabattarzneimittel (Rabatt-AM): Arzneimittel, für das ein Rabattvertrag besteht
- Vorrangige Abgabe eines Rabatt-AM
 - Bezug: Auswahlbereich der Apotheke enthält zumindest ein Rabatt-AM
 - Dann hat die Apotheke vorrangig
 - » das Rabatt-AM abzugeben (falls nur eines zum Auswahlbereich gehört)
 - » ein Rabatt-AM abzugeben (ansonsten)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Fall 1:

- Für die ärztliche Verordnung gilt:
 - AM, zu dem nur das IAM eine Auswahloption darstellt, oder
 - AM, dessen Substitution durch wirkstoffgleiches AM ausgeschlossen wird, oder
 - AM steht auf der Substitutions-Ausschlussliste des G-BA
- Auswahlbereich der Apotheke:
 - Verordnetes RAM und dessen IAM, *oder*
 - Verordnetes IAM und dessen RAM
- Abgabereihenfolge (Bezug: Auswahlbereich):
 - Vorrangig: Rabattarzneimittel
 - Ansonsten bei der Abgabe zu beachten:
 - » Preisanker: P des verordneten Arzneimittels
 - » Importrelevanter Markt (unten) → Abgabevorrang preisgünstiger IAM



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Fall 2:

- Für die ärztliche Verordnung gilt:
 - Arzneimittel im Mehrfachvertrieb
 - Entweder Angabe des Produktnamens oder des betreffenden Wirkstoffs
- Auswahlbereich der Apotheke:
 - Verordnetes AM und dessen IAM, *und*
 - Parallelarzneimittel sowie deren IAM
- Abgaberrangfolge (Bezug: Auswahlbereich):
 - Vorrangig: Rabattarzneimittel
 - Ansonsten bei der Abgabe zu beachten:
 - » Preisanker: P des preisgünstigsten Parallelarzneimittels
 - » Importrelevanter Markt (unten) → Abgabevorrang preisgünstiger IAM



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Fall 3:

- Für die ärztliche Verordnung gilt:
 - Angabe des Arzneimittels (Produktname) oder eines Wirkstoffs
 - Keine der Voraussetzungen von Fall 1 trifft zu
 - Insbesondere: Substitution durch wirkstoffgleiches AM (aut idem) zulässig
- Auswahlbereich der Apotheke:
 - Verordnetes AM und weitere aut-idem-konforme AM, *und*
 - Alle zugehörigen IAM
- Abgaberangfolge (Bezug: Auswahlbereich):
 - Vorrangig: Rabattarzneimittel
 - Ansonsten bei der Abgabe zu beachten:
 - » Preisanker: P des verordneten AM
 - » Abgabe eines der vier preisgünstigsten AM

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Einsparziel importrelevanter Markt:

- Importrelevanter Markt:
 - Abgabe von AM in den Fällen 1 und 2
 - Voraussetzung: Abgabe eines Rabattarzneimittels jeweils nicht möglich
- Preisgünstiges IAM (Bezug: RAM):
 - $P(\text{RAM}) \leq 100$ Euro: $P(\text{IAM})$ mindestens 15 % niedriger
 - $100 \text{ Euro} < P(\text{RAM}) \leq 300$ Euro: $P(\text{IAM})$ mindestens 15 Euro niedriger
 - $300 \text{ Euro} < P(\text{RAM})$: $P(\text{IAM})$ mindestens 5 % niedriger
- Berechnung der Einsparungen einer Apotheke:
 - Bezug: Theoretischer Umsatz (Bezug auf P) mit RAM
 - Fall 2: RAM ist das preisgünstigste Parallelarzneimittel
 - Einsparung: Δ theoretischer – tatsächlicher Umsatz im importrelevanten Markt
- Apotheke soll relative Einsparung von 2 % im Kalenderquartal erreichen



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- ↳ Wann ist die Abgabe des verordneten Arzneimittels (V-AM) zulässig?
- V-AM ist Rabattarzneimittel:
 - Voraussetzung: Rabattvertrag der Krankenkasse des Versicherten
 - Abgabe in allen drei Fällen zulässig bzw. gefordert
 - Ansonsten:
 - Fall 1, V-AM kein preisgünstiges IAM:
 - » Grundsätzlich zulässig
 - » Faktischer Abgabevorrang für preisgünstiges IAM im Auswahlbereich
 - Fall 2, V-AM kein preisgünstiges IAM:
 - » Zulässig, wenn V-AM das preisgünstigste Parallelarzneimittel ist
 - » Faktischer Abgabevorrang für preisgünstiges IAM im Auswahlbereich
 - Fall 3: V-AM gehört zu den vier preisgünstigsten AM des Auswahlbereichs



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Rabattverträge zwischen Krankenkassen und Herstellern nach § 130a Absatz 8 SGB V
 - ↪ Zur Geschichte:
 - Möglich seit 2003
 - „Scharfstellung“ 2007: Vorrang-Regelungen für die Abgabe in Apotheken
 - ↪ Grundlagen:
 - Vertrag:
 - Ausschreibung: Bezug auf
 - » Wirkstoff oder Wirkstoffkombination
 - » den generikafähigen Markt oder auf patentgeschützte Arzneimittel
 - Varianten: Vergabe
 - » an einen Hersteller (Exklusivvertrag)
 - » an mehrere Hersteller (Mehrpartnervertrag)
 - Die Laufzeit soll zwei Jahre betragen



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Zuzahlung des Versicherten:
 - » Entfällt, wenn das Arzneimittel zuzahlungsbefreit gemäß Liste ist
 - » Krankenkasse *kann* diese auf die Hälfte beschränken oder ganz erlassen

↪ Finanzströme bei Abgabe eines Rabattarzneimittels in der Apotheke:

- Krankenkasse entrichtet dieselbe Zahlung wie ohne Rabattvertrag
- Hersteller entrichtet den vereinbarten Rabatt an die Krankenkasse

↪ Umsetzung

- Ausgangspunkt: Ärztliche Verordnung für den Versicherten einer Krankenkasse X
- Abgabe in der Apotheke:
 - Voraussetzung: Auswahlbereich enthält zumindest ein Arzneimittel, für das die Krankenkasse X einen Rabattvertrag abgeschlossen hat
 - Dann hat die Apotheke ein Rabattarzneimittel abzugeben
 - Ausnahme (Beispiel): Kein Rabattarzneimittel verfügbar



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↪ Chancen:

- Einsparpotenzial, verringerte Zuzahlung
- Größere Planungssicherheit für Krankenkassen und Hersteller

↪ Risiken:

- Versicherte: Verringerte Therapietreue, Folgemedikationen, Unverträglichkeiten
- Apotheken: Erhöhter Aufwand (bei jeder Verordnung)

↪ Empirische Daten:

- Ende des Jahres 2019
 - bestanden mehr als 30.000 Rabattverträge
 - waren 21 % der rabattierten Rx-Arzneimittel zuzahlungsbefreit oder -ermäßigt
- Die Brutto-Einnahmen der Krankenkassen betrugen
 - im Jahr 2018 ca. 4,5 Mrd. €
 - im Jahr 2019 ca. 5,0 Mrd. €



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

➤ AMNOG-Verfahren

↪ Gesetzliche Grundlagen:

- AMNOG: Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz von 2011
- Insbesondere: §§ 35a, 130b SGB V

↪ Ziele:

- Bezug: Arzneimittel mit patentgeschützten Wirkstoffen
- Nachweis des Zusatznutzens gegenüber geeigneter Vergleichstherapie
- Verbesserung der Informationsgrundlage für vertragsärztliche Verordnungen

↪ Schritt 1: Frühe Nutzenbewertung gemäß § 35a SGB V (Abb. 36):

- Anwendung
 - bei (erstattungsfähigen) Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen (zwingend)
 - bei Arzneimitteln, für die eine neue Zulassung erteilt wird (optional)
 - *nicht* bei Arzneimitteln mit voraussichtlich geringen GKV-Ausgaben (auf Antrag)



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Zeitraum: Monate 1 – 6 ab Markteinführung:
 - Markteinführung: Pharmazeutischer Unternehmer (pU) setzt ApU
 - Außerdem liefert er ein *Dossier* mit folgenden Infos (Auswahl):
 - » Zugelassene Anwendungsgebiete
 - » Medizinischer Zusatznutzen relativ zur zweckmäßigen Vergleichstherapie
 - » Patientengruppen mit therapeutisch bedeutsamem Zusatznutzen
 - » Kosten der Therapie, die für die GKV entstehen
 - » Tatsächliche Abgabepreise in anderen europäischen Ländern
 - Der G-BA ist verantwortlich für die *Nutzenbewertung*,
 - » die in der Regel durch das IQWiG erstellt wird
 - » deren Grundlage das Dossier bildet
 - » die spätestens nach drei Monaten im Internet veröffentlicht wird



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Innerhalb weiterer drei Monate ergeht ein *Beschluss* des G-BA, der u.a.
 - » Stellungnahmen zur Nutzenbewertung berücksichtigt
 - » Aussagen enthält zum Zusatznutzen
- Mögliche Ergebnisse:
 - „Orphan drug“ mit Jahresumsatz mit der GKV (auch stationär) ≤ 50 Mio. Euro
 - » Zusatznutzen gilt als belegt
 - » Eingeschränkte Informationspflicht des pU (nur Ausmaß Zusatznutzen)
 - Arzneimittel *ohne Zusatznutzen*:
 - » Einordnung in Festbetragsgruppe der Stufe 2 (wenn möglich)
 - » Ansonsten Einstufung als nicht festbetragsfähig
 - Arzneimittel *mit Zusatznutzen*:
 - » Aussage zu Umfang und Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens
 - » (ggf.) Nach Anwendungsgebieten bzw. Patientengruppen
 - Arzneimittel mit geringerem Nutzen

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Ferner gilt:
 - pU reicht die Unterlagen nicht rechtzeitig oder nicht vollständig ein
 - Einstufung als Arzneimittel, dessen Zusatznutzen *nicht belegt* ist
- ↪ Schritt 2: Vereinbarung bzw. Festlegung eines Erstattungsbetrags (Abb. 36):
 - Voraussetzung: Arzneimittel wird keiner Festbetragsgruppe zugeordnet
 - Vereinbarung (Bezug: Monate 7 – 12 nach Markteinführung):
 - Verhandlung: GKV-Spitzenverband und pU im Benehmen mit der PKV
 - Erstattungsbetrag abhängig von der Einstufung des Zusatznutzens
 - Festlegung (Bezug: Monate 13 – 15 nach Markteinführung):
 - Durch Schiedsstelle, wenn keine Vereinbarung zustande gekommen ist
 - Erstattungsbetrag gilt dann rückwirkend
 - Grundsätzlich: Erstattungsbetrag ist ApU,
 - der ab einem Jahr nach Markteinführung gilt (auch für Selbstzahler und PKV)
 - für den eine Ablösung des Herstellerabschlags vereinbart werden kann

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

↳ „Opt-out“: pU kann sein Arzneimittel vom Markt nehmen z.B.

- nach dem Beschluss des G-BA zur Nutzenbewertung
- nach der Vereinbarung bzw. Festlegung des Erstattungsbetrags

➤ Ausgewählte Aspekte:

↳ Feststellung des Zusatznutzens:

- Bezug auf die zweckmäßige Vergleichstherapie (zVT):
 - Zweckmäßig nach anerkanntem Stand der medizinischen Erkenntnisse
 - Vorzugsweise mit Evidenz zum patientenbezogenen Nutzen
 - Therapie kann nach Anwendungsgebiet verschieden ausfallen
- Wahrscheinlichkeit des Zusatznutzens:
 - Bezug: Aussage zum Umfang des Zusatznutzens, verfügbare Evidenz
 - Belegt: Hohe Sicherheit
 - Hinweis: Mittlere Sicherheit
 - Anhaltspunkt: Geringe Sicherheit



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Umfang des (Zusatz-)Nutzens:
 - Bezug: Therapierelevanter Nutzen, ggf. nach Anwendungsgebiet
 - Erheblicher Zusatznutzen: Große Verbesserung
 - Beträchtlicher Zusatznutzen: Deutliche Verbesserung
 - Geringer Zusatznutzen: Moderate, nicht nur geringfügige Verbesserung
 - Zusatznutzen vorhanden, aber nicht quantifizierbar: Daten reichen nicht aus
 - Geringerer Nutzen

↪ Erstattungsbetrag (EB):

- Relevant:
 - Jahrestherapiekosten aufgrund des neuen Arzneimittels:
 - » Kosten der Therapie pro Jahr
 - » Therapie kann auch weitere Arzneimittel/Maßnahmen beinhalten
 - Jahrestherapiekosten der zweckmäßigen Vergleichstherapie



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Arzneimittel mit geringerem Nutzen:
 - Bezug: Die zVT stiftet einen höheren Nutzen
 - Festlegung des EB so, dass geringere Jahrestherapiekosten entstehen
- Arzneimittel, dessen Zusatznutzen *nicht belegt* ist:
 - Bezug: Unterlagen von pU nicht rechtzeitig oder nicht vollständig eingereicht
 - Festlegung des EB:
 - » Hat zu Jahrestherapiekosten zu führen, die geringer sind als für zVT
 - » Differenz soll angemessen sein
- Arzneimittel ohne Zusatznutzen:
 - EB soll zu Jahrestherapiekosten führen, die nicht höher sind als für zVT
 - In begründeten Einzelfällen ist ein höherer Betrag möglich



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Arzneimittel mit Zusatznutzen:
 - Höhe des EB:
 - » Relevant ist der Nutzen gemäß Nutzenbewertung
 - » *Einheitlich* für alle Anwendungsgebiete und Patientengruppen
 - Es können Patientengruppen zu unterscheiden sein
 - » nach dem Ausmaß des Zusatznutzens (z.B. mit und ohne Zusatznutzen)
 - » nach der zVT
 - EB kann ein „Mischpreis“ sein:
 - » Bezug (z.B.): Mehrere Anwendungsgebiete
 - » Anwendungsgebiet 1 → EB = 80 Euro bei isolierter Betrachtung
 - » Anwendungsgebiet 2 → EB = 50 Euro bei isolierter Betrachtung
 - » EB als gewichtetes Mittel der – fiktiven – EB je Anwendungsgebiet

Ausgewählte Steuerungsinstrumente

- Empirische Daten, Stand: 01.07.2019 (Haas et al. (2019):
 - ↪ Ergebnisse der Nutzenbewertung für Nicht-Orphan Arzneimittel:
 - Bezug: Teilindikationen bzw. Patientengruppen
 - Erheblicher Zusatznutzen: 2 (jeweils mit „Hinweis“)
 - Beträchtlicher Zusatznutzen: 71 (darunter 4 mit „Beleg“ und 40 mit „Hinweis“)
 - Geringer Zusatznutzen: 70 (darunter 3 mit „Beleg“ und 20 mit „Hinweis“)
 - Zusatznutzen nicht quantifizierbar: 27 (darunter 0 mit „Beleg“ und 5 mit „Hinweis“)
 - Kein Zusatznutzen: 405 (jeweils mit „Beleg“)
 - Geringerer Nutzen: 3 (darunter 0 mit „Beleg“ und 2 mit „Hinweis“)
 - ↪ Erstattungsbeiträge (insgesamt 211):
 - Arzneimittel komplett ohne Zusatznutzen: 79
 - Arzneimittel mit und ohne Zusatznutzen: 58
 - Arzneimittel mit komplett positivem Zusatznutzen: 74



Ausgewählte Steuerungsinstrumente

➤ Aspekte zur Beurteilung:

↳ Chancen:

- Instrument zur Steuerung der GKV-Ausgaben für patentgeschützte Arzneimittel
- Koppelung des Preises an den Zusatznutzen grundsätzlich sinnvoll
- Information an Vertragsärzte kann die Qualität der Verordnungen erhöhen

↳ Risiken:

- Vollständiger Zusatznutzen: Kurz nach Markteinführung schwierig festzustellen
- EB als „Mischpreis“:
 - EB „zu hoch“ für einzelne Anwendungsgebiete oder Patientengruppen
 - Unzureichende Information über Umfang der Patientengruppen
- Gefahr einer schlechteren Versorgung bei zu restriktiver Nutzenbewertung
 - Kein Antrag auf Zulassung in Deutschland
 - „opt-out“: Einzelne Arzneimittel wurden vom Markt genommen



Literatur

Haas, A., Tebinka-Olbrich, A., Zentner, A., Geier, A., Pietsch, K., Erdmann, D., Henck, S.,
Ergebnisse des AMNOG-Erstattungsbetragsverfahrens, in: Schwabe, U., et al. (Hrsg.),
Arzneiverordnungs-Report 2019, Berlin 2019, S. 301-320

Nagel, E. (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen,
Weiterentwicklung, 5. Aufl., Köln 2013, Kap. 11

Rosenbrock, R., Gerlinger, T., Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Aufl., Bern
2014, Kap. 7

Schröder, M. et al., Der GKV-Arzneimittelmarkt. Bericht 2020, Wissenschaftliches Institut der
Ortskrankenkassen, Berlin, angepasste Version vom 03.09.2020, Kap. 1, 2 und 5

Schwabe, U., Ludwig, W.-D. (Hrsg.), Arzneiverordnungs-Report 2020, Berlin 2020, Kap. 1 und 4

Simon, M., Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und
Funktionsweise, 6. Aufl., Bern 2017, Kap. 6



Nachteile der Regelversorgung

➤ Regelversorgung im Gesundheitswesen:

↳ Beispiele:

- Vertragsärztliche Versorgung: Gesamt- bzw. Kollektivverträge
- Akutstationäre Versorgung: Verträge der Kostenträger mit den Krankenhäusern
- Arzneimittelmarkt: Lediglich allgemeine Regulierung der Versorgung

↳ Keine spezifischen Versorgungsangebote für Patientengruppen oder Krankheitsbilder

↳ Trennung einzelner Versorgungsbereiche („Sektoren“) bezüglich der

- Erbringung von Leistungen (Diagnostik, Therapie)
- Vergütung von Leistungen

↳ Abstimmung zwischen Leistungserbringern (fach- oder sektorübergreifend):

- Bezug: Patienten, die durch mehrere Leistungserbringer zu versorgen sind
- Individuell, aber nicht institutionalisiert bzw. strukturiert



Nachteile der Regelversorgung

➤ Probleme:

↳ Späte Aufnahme von Innovationen: Durch neue Konzepte könnten z.B.

- Patienten mit Vorhofflimmern deutlich besser versorgt werden:
 - Outcome: Vermeidung von Schlaganfällen
 - Bezug: Primäre oder sekundäre Prävention (nach Beinahe-Schlaganfall)
- Patienten mit chronischen Wunden besser versorgt werden:
 - Outcome: Senkung der Zeit bis zum Wundverschluss
 - Bezug: Leitliniengerechte Therapie

↳ Grundsätzlich:

- Fehlende Gesamtverantwortung für Patienten über Versorgungsbereiche hinweg
 - in organisatorischer Hinsicht
 - in finanzieller Hinsicht
- Gefahr von Schnittstellenproblemen bzw. „Versorgungsbrüchen“



Nachteile der Regelversorgung

- ↪ Mangel an Kommunikation und Koordination (organisatorisch, finanziell)
 - innerhalb eines Sektors (z.B. Hausärzte und Fachärzte im ambulanten Sektor)
 - über die Sektorgrenzen hinweg, insbesondere an den Schnittstellen zwischen
 - ambulantem und stationärem Sektor (Krankenhäuser, Rehakliniken)
 - akutstationärem Sektor und Rehabilitationsbereich
 - ärztlichem und nicht-ärztlichem Bereich (z.B. Apotheken, Physiotherapeuten)
- Nachteile einer sektorbezogenen Steuerung:
 - ↪ Bezug: Patienten, die von mehreren Leistungserbringern zu versorgen sind
 - ↪ Gefahr ungünstiger Gesundheitseffekte:
 - Belastung mit unnötiger Diagnostik
 - Versorgungsabläufe nicht bzw. nicht optimal aufeinander abgestimmt
 - Unterbrechungen der Therapie, unzureichende oder fehlende Nachsorge



Nachteile der Regelversorgung

- ↪ Zu hohe Kosten der Gesundheitsversorgung: Unnötige
 - Doppeluntersuchungen
 - Inanspruchnahme von Fachärzten oder von Krankenhausleistungen
 - Verordnungen von Arzneimitteln
- ↪ Insgesamt: Gefahr
 - unwirtschaftlicher Behandlungen (Über-, Unter- oder Fehlversorgung)
 - der Vorhaltung zu hoher Kapazitäten (z.B. Fachärzte, Krankenhäuser)
- Lösungsansätze
 - ↪ beruhen darauf,
 - neue Wege der Kooperation von Leistungserbringern zu ermöglichen
 - neue Versorgungsformen zu erproben
 - ↪ weichen von der Regelversorgung ab (z.B. hinsichtlich Organisation, Vergütung)
 - ↪ erfordern Aufwand für Entwicklung und Umsetzung



Besondere Versorgungsformen: Begriff, Ziele und Voraussetzungen

➤ Integrierte Versorgung (IV):

↳ Begriff:

- Grundsätzlich: Jede Versorgungsform, die im Vergleich zur Regelversorgung eine stärkere Integration der Gesundheitsversorgung von Patienten vorsieht
 - innerhalb eines Sektors (*horizontale* Integration, z.B. im ambulanten Bereich)
 - über Sektorgrenzen hinweg (*vertikale* Integration, z.B. ambulant/stationär)
- Zu den *Organisationsformen* integrierter Versorgung gehören
 - die *besondere Versorgung* nach § 140a SGB V
 - die *hausarztzentrierte Versorgung* nach § 73b SGB V
 - die *strukturierten Behandlungsprogramme* nach § 137 f-g SGB V

↳ Dimensionen:

- Indikationsbezogen versus populationsbezogen
- Sektoral versus sektorübergreifend



Besondere Versorgungsformen: Begriff, Ziele und Voraussetzungen

↪ Ziele:

- Stärkere Vernetzung der Leistungserbringer
 - innerhalb einzelner Versorgungsbereiche („Sektoren“)
 - über Sektorgrenzen hinweg
- Verbesserte Kooperation von Medizinern und nicht-ärztlichen Leistungserbringern
- Verbesserung der Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
 - durch Kostensenkungen
 - durch günstigere Gesundheitseffekte
- Identifikation günstiger Versorgungsformen im Wettbewerb mit der Regelversorgung

↪ *Selektivverträge* als zentrales Instrument:

- Verträge von Krankenkassen mit ausgewählten (Gruppen von) Leistungserbringern
- Teilnahme in der Regel freiwillig



Besondere Versorgungsformen: Begriff, Ziele und Voraussetzungen

- Besondere Versorgung nach § 140a SGB V:
 - ↪ Mögliche Vertragspartner der Krankenkassen:
 - Zur Versorgung zugelassene Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften
 - Kassenärztliche Vereinigungen
 - Weitere (z.B. auch Pflegekassen und zugelassene Pflegeeinrichtungen)
 - ↪ Mögliche Inhalte:
 - Sektorübergreifende oder interdisziplinär fachübergreifende Versorgung (IV)
 - Besondere ambulante ärztliche Versorgung
 - ↪ Freiheitsgrade im Vergleich zur Regelversorgung (Auswahl):
 - Angebot zusätzlicher Leistungen, z.B.
 - Leistungen, die Satzungsleistungen einer Krankenkasse sein können
 - NUB (ambulante Versorgung), soweit nicht vom G-BA ausgeschlossen
 - Abweichungen bei der Vergütung von Leistungen



Besondere Versorgungsformen: Begriff, Ziele und Voraussetzungen

↪ Weitere Aspekte:

- Versicherte: Teilnahme freiwillig, Krankenkasse kann Anreiz setzen (§ 53 (3) SGB V)
- Krankenkasse regelt mit Teilnahmeerklärung der Versicherten
 - die (Mindest-)Dauer der Teilnahme
 - die Bindung an die Leistungserbringer gemäß Vertrag
 - die Folgen von Pflichtverstößen der Versicherten
- Folgen für Behandlungsbedarf und Vergütung in der Regelversorgung:
 - Vertragsärztliche Leistungen: Vergütung nach Vertrag (besondere Versorgung)
 - Regelversorgung: *Bereinigung* um voraussichtlichen Behandlungsbedarf
 - Ergebnis: Kürzung der MGV
- Wirtschaftlichkeit:
 - Muss spätestens nach vier Jahren *nachweisbar* sein
 - Bezug: Kosten und Qualität der besonderen Versorgung



Ausgewählte Versorgungskonzepte

➤ Besondere hausärztliche (hausarztzentrierte) Versorgung (HZV) nach § 73b SGB V:

↳ Wichtige Aspekte:

- Krankenkassen: Angebot dieser Versorgungsform obligatorisch (als Wahltarif)
- Mögliche Vertragspartner der Krankenkassen (Auswahl):
 - Gemeinschaften, die mindestens 50 % der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten (vorrangig)
 - An der hausärztlichen Versorgung teilnehmende vertragsärztliche Leistungserbringer oder Gemeinschaften dieser Leistungserbringer

↳ Ansatz: Hausarzt

- mit besonderem Einfluss auf die Versorgung der Patienten („Lotse“)
- koordiniert und steuert die Gesundheitsversorgung der Patienten
- sammelt und verwaltet alle gesundheitsrelevanten Informationen
- übernimmt mehr Verantwortung für die Versorgung seiner Patienten



Ausgewählte Versorgungskonzepte

↳ Umsetzung:

- Hausärzte:
 - Teilnahme freiwillig
 - Zusätzliche Anforderungen an Hausärzte (Auswahl):
 - » Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie
 - » Behandlung nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien
 - » Einführung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements
 - Leistungen können auch umfassen (Auswahl):
 - » Leistungen, die Satzungsleistungen einer Krankenkasse sein können
 - » NUB (ambulante Versorgung), soweit nicht vom G-BA ausgeschlossen
 - Vergütung:
 - » Grundsätzlich außerhalb der MGV
 - » Beispiel: Pauschalen pro Versicherten je Quartal (ggf. kontaktabhängig)



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- Versicherte:
 - Teilnahme freiwillig (mindestens ein Jahr)
 - Verpflichtung, *grundsätzlich* zunächst den gewählten Hausarzt aufzusuchen
 - Finanzieller Anreiz: Bonus der Krankenkasse
- Inhalt der Verträge (Auswahl):
 - Ausgestaltung der zusätzlichen Anforderungen an Hausärzte
 - Wirtschaftlichkeit:
 - » Kriterien zur Beurteilung
 - » Maßnahmen bei Verletzung dieser Kriterien

↳ Empirische Daten:

- Varianten:
 - Vollversorgungsverträge:
 - » Ersatz der Regelversorgung
 - » Knapp 4,8 Mio. Versicherte eingeschrieben (Stand: September 2018)



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- » Bereinigung der MGV erforderlich
- Add-on Verträge
 - » Im Vergleich zur Regelversorgung zusätzliche Leistungen
 - » Etwa 2 Mio. Versicherte eingeschrieben (Stand: September 2018)
 - » Keine Bereinigung des Behandlungsbedarfs (Regelversorgung)
- Beteiligte Hausärzte: Knapp 17.000 (Stand: September 2018)

↪ Mögliche Vorteile:

- Verringerte Kosten der (gesamten) Versorgung aufgrund der Veränderung von
 - Doppeluntersuchungen
 - Krankenhauseinweisungen
 - Arzneimittelverordnungen
 - Überweisungen zu Fachärzten
- Versicherte: Bessere Versorgung, ggf. geringere Zahlungen



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- Hausärzte:
 - Höhere Honorare
 - Im Erfolgsfalle höhere Reputation bei den Versicherten
- Kombination mit strukturierten Behandlungsprogrammen möglich

↳ Mögliche Nachteile:

- Einschränkung der freien Arztwahl:
 - Risiken bei zu später Überweisung
 - Akzeptanz bei den Versicherten?
- Umsetzung:
 - Können Hausärzte die ihnen zugewiesene zentrale Rolle erfüllen?
 - Ist diese in Bezug auf die Versorgung immer gerechtfertigt?
 - Gibt es ausreichende Anreize, den zusätzlichen Aufwand zu übernehmen?



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- Strukturierte Behandlungsprogramme (§§ 137f-g SGB V) für chronisch Kranke („Chroniker“):
 - ↳ Synonym: Disease Management Programs (DMP)
 - ↳ Hintergrund:
 - Die Regelversorgung kann für Chroniker unzureichend sein:
 - In besonderem Umfang Koordination der Versorgungsabläufe notwendig
 - Ansonsten Gefahr größerer Versorgungsmängel
 - Mögliche Folgen:
 - » (u.U. schwere) gesundheitliche Beeinträchtigungen
 - » Beispiel: Ungewöhnlich hohe Anzahl von Amputationen bei Diabetikern
 - Lösungsansatz: Angebot spezieller Behandlungsprogramme, die
 - auf die jeweilige Erkrankung zugeschnitten sind
 - die Behandlung durch verschiedene Leistungserbringer koordinieren
 - (im Vergleich zur Regelversorgung) die Patienten stärker einbinden



Ausgewählte Versorgungskonzepte

↪ Weitere Kennzeichen:

- Indikationsbezogenes Behandlungskonzept
- Sektorübergreifende Versorgung

↪ Bezug auf „geeignete“ chronische Krankheiten, die folgende Kriterien erfüllen (Auswahl):

- Ausreichende Anzahl betroffener Versicherter
- Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung
- Es besteht ein sektorübergreifender Behandlungsbedarf
- Krankheitsverlauf kann durch die Versicherten beeinflusst werden
- Hoher finanzieller Behandlungsaufwand

↪ Derzeit gibt es DMP für sechs Erkrankungen

↪ Künftig:

- Aktualisierung bestehender DMP
- Ergänzung um z.B. DMP Herzinsuffizienz, DMP chronischer Rückenschmerz



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- ↳ Aktuelle Daten zu zugelassenen DMP und eingeschriebenen Versicherten (30.06.2020):
 - Asthma bronchiale (1.496 Programme; 1,03 Mio. Versicherte)
 - Brustkrebs (1.446 Programme; 0,14 Mio. Versicherte)
 - Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (1.507 Programme; 0,78 Mio. Versicherte)
 - Diabetes mellitus Typ 1 (1.482 Programme; 0,24 Mio. Versicherte)
 - Diabetes mellitus Typ 2 (1.592 Programme; 4,38 Mio. Versicherte)
 - Koronare Herzkrankheit (1.495 Programme; 1,94 Mio. Versicherte)
 - Versicherte mit Teilnahme an (mindestens) einem DMP: Gut 7,20 Mio.
- ↳ Anforderungen an derartige Programme (Auswahl):
 - Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien oder der besten verfügbaren Evidenz
 - Qualitätssicherungsmaßnahmen
 - Schulungen der Leistungserbringer *und* der Versicherten
 - Regelmäßige Evaluation



Ausgewählte Versorgungskonzepte

↪ Krankenkassen:

- Ausarbeitung von Programmen und Verträgen mit den Leistungserbringern
- Anreize:
 - Besseres Versorgungsangebot
 - Höhere Zahlungen aus dem Gesundheitsfonds

↪ Verfahren zur Zulassung von DMP:

- Verantwortlich: Bundesversicherungsamt (BVA)
- Hohe Anforderungen (um Fehlanreize zu vermeiden)

↪ Versicherte:

- Teilnahme freiwillig
- Wahl eines DMP-Vertragsarztes („Koordinierungsarzt“)
- Koordinierungsarzt als auf ein DMP bezogener „Lotse“
- Unterstützung der Therapie durch gesundheitsbewusstes Verhalten



Ausgewählte Versorgungskonzepte

↪ Mögliche Vorteile:

- Kosteneinsparungen durch bessere Abstimmung der Leistungserbringer
- Zusätzliche Gesundheitseffekte bei chronisch Kranken aufgrund
 - einer besseren Abstimmung der Behandlungsabläufe
 - einer evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Behandlung
 - eigenen therapiegerechten Verhaltens

↪ Mögliche Nachteile:

- Höherer Aufwand der Krankenkassen oder des Koordinierungsarztes
- Anreiz für Krankenkassen, „leichte Fälle“ für ihre DMP zu gewinnen
- Chroniker mit Komorbiditäten:
 - Ein (krankheitsübergreifendes) Case Management kann Vorteile bieten
 - Versorgung über DMP braucht nicht für alle Chroniker sinnvoll zu sein



Ausgewählte Versorgungskonzepte

- Problematische Aspekte der Organisationsformen integrierter Versorgung:
 - ↪ Entwicklung und Umsetzung neuer Versorgungsformen:
 - Kosten sind von den Beteiligten vollständig zu tragen
 - Erträge können auch bei anderen Einheiten anfallen:
 - Bei Erfolg werden andere Krankenkassen oder Leistungserbringer „nachziehen“
 - „Pioniergewinne“ treten dann vornehmlich kurzfristig auf
 - Daher finanzielle Unterstützung sinnvoll:
 - Anschubfinanzierung 2004 – 2008
 - Innovationsfonds 2016 – 2019, Fortführung 2020 – 2024
 - ↪ Evaluation schwierig: Beruhen die beobachtbaren Verbesserungen
 - auf Selektionseffekten (wegen freiwilliger Teilnahme der Versicherten) oder
 - auf einer wirtschaftlicheren Versorgung?



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum:
 - ↪ Kennzeichen kritischer ländlicher Räume:
 - Bezug: Dünn besiedelte ländliche Räume mit geringer Wirtschaftskraft
 - Geringe Einwohnerdichte
 - Ältere Bevölkerung mit geringerer Mobilität und höherer Morbidität
 - Schlechtere Ausstattung mit Infrastruktur
 - ↪ Gefahr einer – im Vergleich zu anderen Regionen – schlechteren Versorgung:
 - Höherer Bedarf pro Kopf
 - Schlechterer Zugang
 - ↪ Relevante Fragen:
 - Welche Gesundheitsversorgung ist anzustreben?
 - Welche Kriterien sollte eine adäquate Beobachtung der Versorgung erfüllen?
 - Wie sieht eine wirtschaftliche Versorgung aus?



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

↪ Ziele der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum:

- Zentrale Leitvorstellung: Gleichwertigkeit der Lebensverhältnisse
 - In den Teilräumen der Bundesrepublik
 - » sind gleichwertige Lebensverhältnisse herzustellen oder anzustreben
 - » ist die Versorgung mit Leistungen der Daseinsvorsorge zu gewährleisten
 - Rechtliche Grundlagen:
 - » Grundgesetz (z.B. Artikel 72 Absatz 2)
 - » Raumordnungsgesetz (z.B. § 1 Absatz 2)
- Anmerkungen: Dieses Ziel
 - fordert *nicht* gleiche oder auch nur gleichartige Lebensverhältnisse
 - bezieht sich auf Teilräume im Sinne der Raumordnung, d.h.
 - » teilweise auf Bundesländer (Stadtstaaten, Saarland)
 - » ansonsten auf Räume mit Regionalplanung (z.B. Vorpommern)



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Die Lebensverhältnisse werden beeinflusst durch
 - die Daseinsvorsorge, darunter
 - » die Gesundheitsversorgung (als Teil der *sozialen* Infrastruktur)
 - » die Versorgung mit Energie (als Teil der *technischen* Infrastruktur)
 - weitere Bereiche, darunter
 - » die Natur- und Umweltbedingungen (z.B. Klima)
 - » die wirtschaftliche Lage (z.B. Einkommen)
- Ziele der Gesundheitsversorgung:
 - Flächendeckende Bereitstellung
 - Nach Möglichkeit wohnortnahe Bereitstellung
 - Befriedigende Zugänglichkeit der Versorgung, dies umfasst u.a.
 - » die Erreichbarkeit (PKW, ÖPNV)
 - » die zeitliche Verfügbarkeit des Angebots



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Alternativ: Sicherung
 - » einer regional gleichwertigen Versorgung mit Gesundheitsleistungen
 - » von (Mindest-)Qualitätsniveaus in den Regionen
- ↳ Beobachtung („Monitoring“) der Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum:
 - Präferenzen der Bevölkerung:
 - Bereitschaft, ein niedrigeres Versorgungsniveau zu akzeptieren?
 - » Hausärztliche Versorgung
 - » Weitere, elektive Leistungen
 - » Ambulante und stationäre Notfallversorgung
 - Ziel:
 - » Ermittlung *zulässiger* Unterschiede in der Gesundheitsversorgung
 - » Unterschiede, die mit gleichwertigen Lebensverhältnissen vereinbar sind



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Wie sieht die derzeitige Versorgungslage aus?
 - Beschreibung mit Fokus auf Gesundheitsleistungen
 - Leistungserbringer, Ort und Form der Leistungserbringung nachrangig
 - Grund: Offenheit für neue Formen/Konzepte der Gesundheitsversorgung
- Folgen:
 - Grundsätzlich ist eine sektorübergreifende Beobachtung notwendig
 - Bestehende Informationsinstrumente
 - » sind weitgehend sektorbezogen (z.B. vertragsärztliche Bedarfsplanung)
 - » reichen insofern nicht aus

↪ Option 1, Fortführung der Regelversorgung:

- Kennzeichen:
 - Vorwiegend finanzielle Förderung
 - Keine grundsätzliche Veränderung der Versorgung



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- Instrumente (Auswahl):
 - Vertragsärztliche Versorgung:
 - » Investitionskostenzuschüsse zur Förderung der Niederlassung
 - » Förderung der ambulanten Weiterbildung zum Allgemeinarzt
 - » Sicherstellungszuschläge z.B. im ärztlichen Bereitschaftsdienst
 - » „Landarztzuschlag“ (Vorschlag Sachverständigenrat (2014))
 - Stationäre Versorgung: Neuregelung der Sicherstellungszuschläge
 - » Bezug: Bedarfsnotwendige Krankenhäuser, die aufgrund geringen Versorgungsbedarfs nicht kostendeckend arbeiten können
 - » Schließung würde die flächendeckende Versorgung gefährden
 - » Zuschlag zum Ausgleich eines (bereits entstandenen) Defizits
- Vorteil: Praktikabel, da diese Versorgungsformen grundsätzlich funktionieren
- Nachteil: (Unter Umständen: sehr) hoher Aufwand erforderlich



Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum

- ↪ Option 2: Konzepte, die zu neuen Versorgungsformen führen in Bezug auf
 - die Leistungserbringer, z.B. durch
 - eine Entlastung der Vertragsärzte durch Delegation von Leistungen
 - arztunterstützende Fachkräfte (z.B. AGnES, VerAH, MoPra)
 - die Art der Leistungserbringung:
 - Ein Teil der Dienstleistung kann an einem anderen Ort erbracht werden
 - Beispiel Telemedizin
 - die Verfügbarkeit von und den Zugang zu Leistungen:
 - Mobile Fachärzte (mit zeitweisen Sprechstunden vor Ort)
 - Einrichtung von Shuttle-Diensten zum Arzt
- ↪ Vorläufiges Fazit:
 - Schwierige Aufgabe, die derzeit z.B. in Modellprojekten untersucht wird
 - Erfolgreiche Lösungsansätze können Vorbildfunktion für andere Regionen haben



Literatur

Amelung, V.E. et al., Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, 2. Aufl., Berlin 2008

Ehlert, A., Wein, T., Integrierte Versorgung – Wettbewerbspotenzial in der Gesundheitsversorgung heben!, Wirtschaftsdienst, Heft 03/2014, S. 194-202

Nagel, E. (Hrsg.), Das Gesundheitswesen in Deutschland. Struktur, Leistungen, Weiterentwicklung, 5. Aufl., Köln 2013, Kap. 17 und 18

Rosenbrock, R., Gerlinger, T., Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung, 3. Aufl., Bern 2014, Kap. 10.2 und 10.5

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung, Sondergutachten 2012, Kap. 4 und 7

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche, Gutachten 2014, Kap. 5-7